第１７回
大分県
地域医療研究会

OITA　COMMUNITY　MEDICINE

抄録集

日時　平成９年２月２２日（土）
９：１０－１７：００
会場　大分県共同庁舎１４階大会議室

主催　大分県地域医療研究会
後援　大分県保健環境部
大分県医師会
大分県自治体病院開設者協議会
（社）大分県看護協会

ごあいさつ

大分県地域医療研究会代表
大分県立三重病院院長
坪山　明寛

第１７回大分県地域医療研究会を開催するにあたり一言ご挨拶申しあげます。

昨年はエイズ薬害の拡大構図から老人福祉問題の解決のキーであったゴールドプランの裏に潜む亡者の群像など、「癒し」をテーゼとすべき世界のおぞましい実態を見せられ唖然とした年でありました。まさにこれはミッシェル・フーコーが「近代医学は、病人全体に向けられていたまなざしが、身体の中の出来事だけに向けられたことによってはじまった」と指摘している思考態度に根ざしていると思われます。人とは何か？医療とはどうあるべきか？など根源的問題を私達医療人は自分に問い掛けることが求められている時代と私は認識しております。

こんな背景のもと、本研究会では「医療、保健、福祉間のネットワーク」という主題に、マルチメディアがどう関われるのかを思考することにいたしました。研究会のプログラムをとうして「触れ合いによるぬくもり」と「パソコンネットワーク」の有機的つながりによる医療保健福祉の新しいありかたが具象化されることを希望いたします。

最後に本研究会に温かいご支援をいただきました皆様に深い感謝を申しあげ、さらなるご指導をお願いいたしご挨拶と致します。

日程、目次

9：10～9：40　総合司会：米野　寿昭　佐賀関町立病院外科

1.開会式

開催者挨拶	大分県地域医療研究会代表	
	大分県立三重病院院長	坪山　明寛
来賓祝辞	大分県保健環境部長	外山　邦夫
	大分県医師会	吉川　暉
	大分県看護協会	阿南　和代
表彰式	前研究会代表	児玉　俊一

2.一般演題発表

9：40～11：00　座長：嶋崎　晴雄　大分県立三重病院内科

1.継続看護をめざして　－1－
ー外来看護記録の取り組みー
江口　久美　国立大分病院外来

2.老人の望ましい家庭復帰に関する一考察　－6－
佐藤　静江　大分県立三重病院2病棟

3.褥創の看護と治療　－9－
ー創面の色に応じた治療の試みー
安部　トモ子　佐賀関町立病院1病棟

4.当院における外来プライマリーナーシングの実践　－11－
ー外来患者療養相談、指導の導入と実践ー
野桐　春美　大分県立病院泌尿器科外来

5.当院における内視鏡看護の現状　－13－
高根　マリ子　山香町立国保総合病院看護部

6.高齢者住宅環境整備における問題点　－17－
ーリフォームヘルパーの活動実例を通じてー
高橋　孝吉　老人保健施設“陽光苑”

7.在宅ケアへ移行する患者のプライマリーナースの役割－21－
羽多　麻衣子　大分県済生会日田病院3階南病棟

8.日常生活援助と患者のQOL　－25－
後藤　ふじ美　大分県立三重病院1病棟

11：00～12：10　座長：宮脇　貴史　姫島村国保診療所内科
9.ALS 患者の退院に向けての取り組みをふりかえって　－３２－
三浦　光司　岡本病院
10.効果的なケアサービスを目指して　－３３－
ー高齢者ケアサービス体制整備支援事業ー
副　しげ子　姫島村国民健康保険診療所
3.テーマ演題発表
11.WWW 大分保健福祉情報ネットワーク　－３６－
島岡　章　大分医科大学公衆・衛生医学、医学情報センターー
12.大分県総合リハビリテーション連絡協議会の活動　－３９－
佐竹　孝之　別府発達医療センターー
13.耶馬渓町における医療・保健・福祉間の　－４４－
ネットワークの現状と問題点
井本　早苗　耶馬渓町保健センターー
14.日田保健所管内における在宅支援ネットワークについて
野田　礼子　日田保健所　－４８－
15.保健・医療・福祉ネットワークにおける医師の役割　－５２－
ー大分市Ｄ地区での経験からー
輪田　順一　老人保健施設“陽光苑”施設長

4.豊の国医療診断支援システム　13：00～13：45
ーテレビ会議・画像データベースを用いた遠隔医療ー
演者：内科阿部医院　阿部　信行
5.特別講演　14：00～15：15
演題　「医療を変えるインターネット」
講師：山梨県牧丘町立牧丘病院副院長　村田　暢宏
司会：姫島村国保診療所外科　三浦　源太
6.教育講演　15：30～16：45
演題　「地域医療とマルチメディア」
講師：自治医科大学地域医療学助教授　奥野　正孝
司会：大分県立三重病院院長　坪山　明寛
7.総括、閉会式　16：45～17：00
県立三重病院院長挨拶　坪山　明寛
8.懇親会（トキハ会館）　18：00～

第１７回大分県地域医療研究会日程表

（予定）

8:45	受付開始
9:10	開会式
9:40	演題発表
12:10	昼休み
13:00	豊の国医療診断支援システム 講師：阿部　信行
13:45	休憩
14:00	特別講演 「医療を変えるインターネット」 講師：村田　暢宏
15:15	休憩
15:30	教育講演 「地域医療とマルチメディア」 講師：奥野　正孝
16:45	総括、閉会式
18:00	懇親会

演　題　発　表

継続看護をめざして
－外来看護記録の取り組み－

国立大分病院外来　　○江口久美　廣瀬美佐子
他スタッフ一同

1. はじめに

当院外来では一日約 350名の患者が訪れる。高齢者も多く長期間のフォロー が必要であり、入退院を繰り返す慢性疾患患者も約30%を占めている。そのため長期間の継続した看護を展開していく必要がある。また病棟との連携した継続看護が必要であり、外来通院時の経過を明確に伝える為にも記録の充実が必須である。そこで平成 6年より外来看護記録を取り入れ記録の方法，内容の検討を行なってきたことにより、外来病棟間を通して効果的な継続看護を展開できた例も見られるようになってきた。これまでの記録の経過を振り返るとともに、今後の記録の充実を目指し日々努力している現状をここに報告する。

2. 研究期間

平成 6年 7月～平成 8年11月

3. 研究経過

1)外来看護記録の導入
　各科対象患者を選択する
　二号用紙に経時的に記録し外来カルテにとじ込む
　記録方法の統一
　ＳＯＡＰによる一連の看護記録
　外来患者情報用紙の作成
3)病棟へのアンケート調査による記録の見直し
4)記録の充実
　受け持ち制の導入
　看護要約の見直し

4. 結果及び考察

当院外来は、内科，循環器科，呼吸器科，消化器科，外科，整形外科，泌尿器科，産婦人科，放射線科の 9科と内視鏡室，救急室とがある。各科は 1～ 2人の医師が診察を行なっており、看護婦の配置数は 1人である。採血は中央化しており採血や点滴，輸血，動注などの治療も行なっている。 4人の看護婦がいるが、診察患者が多い科や救急患者の応援などに 1～ 2人の看護婦が絶えず流動的に動いている。そのために各科の対応する看護婦が変わることも多い。このような状況の中で時間に追われ、退院後患者が通院を始め外来を訪れてもゆっくり接する間もなく終わることもしばしばである。しかし記録に取り組み、患者サイドに一歩足を踏み込んでみると、様々な問題を抱えていることがわかった。そこで問題点を明確にすることで具体的なケアの展開へと導くことができ、外来病棟間での継続した看護を必要とする患者においては効果的に病棟との連携がはかれた事例があるのでここに紹介する。

事例：子宮体部癌のターミナル期の患者に対して、自宅療養を希望していることから患者の寛解期の維持と病状の悪化に伴う苦痛，不安などの精神的フォローをふまえてできるだけ家庭での時間が長くもてるように病棟と看護方針の統一をはかった。この結果、記録を通して情報交換も効果的なものとなりＱＯＬ向上に向けて看護ケアの充足がはかれた。

事例：ＣＡＰＤ導入患者が左足滑液包炎の為に入院となったが、外来通院中ＣＡＰＤのチューブの固定が難しく透析液がもれる，感染をおこしやすいなどのトラブルが

職　業	現在（　　）　前（　　）　学生（大・短・専・高・中・小）

家族背景	一人暮し・同居者・（夫・妻・嫁・舅・姑・子供　人・その他）
キーパーソン・世話をしてくれる人	（　　）
生計担当	（本人・夫・妻・父・母・子供・その他　　）
家族協力	有・無・普通
経済的負担	無・有・（大いに困る・今は仕方ない・その他）

性　格	明るい・気にする方・温厚・神経質・几帳面
趣　味	無・有（　　）

体　型	身長（　　）cm　体重（　　）kg
装填器具	無・有　（メガネ・コンタクト・補聴器・杖・コルセット・義肢 義歯　総　上・下　部分）
アレルギー	無・有（薬・造影薬　内服　他　食品・卵　魚介類　他　花粉・杉　他

食事の制限	無・有（カロリー・塩分・糖・水分・蛋白・その他　）
食事を作る人	（本人・夫・舅・姑・妻・父・母・子供・その他
嗜好品	アルコール　無・有（ビール　日本酒・焼酎・ウィスキー　合／日） タバコ　無・有（　本／日）　コーヒー（　杯／日）　紅茶（　杯／日）他
宗　教	（真宗・禅宗・キリスト教・創価学会・神道・エホバ　他　）

障害等級	無・有（　級）
特定疾患認定	無・有

地域活動	よくする・まあ協力的・消極的
心配事・不安	無・有（疾患・経済的・家族・治療・仕事・病院・学校・他　） 具体的に（　　）
外来通院で患者さんが望むこと	（　　）

備　考

外来看護要約

主治医（　　）（　　）科　（　）病棟

氏名＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿　男，女　職業（　　）

HB抗原		ワ氏		HCV		その他	

初診日　　年　　月　　日

当院入院歴（他科を含む）

1. 診断名（入院目的の）：

2. 症状：

3. 入院目的：

4. 医師から患者への説明

　医師から家族への説明

5. 看護上の留意点

6. 外来診療状況
- 診療日　1）1回/W　2）1回/2W　3）1回/M　4）1回/3M　5）その他
- 他科受診　無，有（　　）科
- 診療時においての治療

内服（現在）	注射点滴（現在）	定期検査	処置	その他

7. 身の回りの世話をする人（　　）

8. 申し送り事項

月　　日　　外来看護婦サイン（　　）

老人の望ましい家庭復帰に関する一考察

大分県立三重病院　○佐藤　静江　　後藤　松代
村田　和恵　　三笘　恵美
赤迫　千代美

はじめに

人口の高齢化に伴い、老人を取り巻く環境は、厳しさを増してきている。

整形外科領域においても高齢化は避けられず、当病棟でも65才以上が過半数を占めている。

老人患者の場合、入院が長びけば家庭から忘れられがちとなり、退院に関しては、疎んじられる傾向にある。ましてや入院前の状態に完全に戻ることが難しい整形外科領域においては、なおさらである。

いきなり退院と告げられ、戸惑い、あわてて施設を考えるなど、退院の受け入れがスムーズに行われない場合が多くなっている。また、試験外泊においても、なかなか返事を貰えないこともある。

これらの要因の一つとして、入院中に変化した患者の状態が、十分に理解されていない場合が考えられる。

そこで、家族が、患者の状態をより具体的に理解することで、安心して家庭へ迎えることができるように、リハビリテーション（以下リハビリと略す。）段階から退院までの援助のありかたを考える機会となったのでここに報告する。

Ⅰ　研究目的

①家族との関わりを深めることにより、患者及び家族にリハビリや退院への意識付けを行なう。

②家庭生活の阻害要因を探ると共に退院後の生活に即したリハビリを行ない、患者・家族が安心して退院することができる。

Ⅱ　研究方法

1　期間

平成８年７月１日～平成８年10月19日

2　対象

75才以上リハビリ適応の整形外科患者とその家族　　(13名)

3　方法

①アナムネ項目の追加。

②リハビリ日記をベットサイドに設置し、その日の内容と感想を記入してもらい、面会時、家族に状態を知ってもらう。

＜資料１＞

③退院許可が下りたら、試験外泊を行ない、家庭で困ったことなどを家人と共に、外泊アンケートに記入してもらう。

＜資料２＞

④資料１、２の結果を考慮し、退院までのリハビリの進め方を調整したり、家庭環境の整備或いは、退院先についての検討を行なう。

Ⅲ　結果及び考察

①アナムネ項目に、生活様式やキーパーソン等追加したことにより、家族の誰にどの様な協力を得れば良いか、退院に向けてどの点がポイントになるか、予測しやすくなった。

②リハビリ日記においては、利き腕の障害・老眼・一過性痴呆のためなど、自分で記入できない患者もいたが、ＰＴ・学生・受け持ち看護婦で代筆をおこなった。

時には、患者サイドから記入や、用紙の追加を要求するような積極的な場面もみら

れた。日記の内容としては、

・いつもは息あがりがあり、３分程休むが、今日は休まずにできた。
・今日も一日痛みが続いたが、明日もまたリハビリをお願いします。
・リハビリの最中は痛いが、終わった後足が軽く歩ける。
・休日は後戻りしそうで心配だった。

等の意見があった。

これらの意見を元に、ＰＴは、個々に合ったリハビリ調整をしたり、休日のリハビリ内容を判りやすく記入して、指導することができた。その為か、休日も、リハビリに励む患者の姿も見られるようになった。また、日々のリハビリを実際に見る機会の少ない看護婦にとっても、リハビリの状態や、患者の気持ちを知ることで、看護が展開しやすくなった。また、入院生活をリハビリ日記という形あるものとして、日誌を身近な場所におき、自ら管理することで、自分の努力や苦痛を知って貰え、意欲向上につながったのではないだろうか。

しかし、初回の用紙では、面会時のリハビリに対する家族の反応が、はっきり得られないため、家族欄を設けた。

その結果、家族欄に『家族も回復に喜んでいます』『ずいぶん良くなりました』等の感想が得られた。

これらはリハビリ日記を通して患者の状態や気持ちが多少なりとも家族に理解されてきたからだと考えられる。しかし、紙面上だけでははっきりした患者の状態把握は難しいという問題点も残された。

③試験外泊において、外泊後アンケートを行った結果、予想外にも『自信がついた』『問題なかった』という解答が多かった。これは、外泊時期が退院許可が下りた時点だったためだと考えられる。また、“困った点”の中には、『家では階段の昇り降りがまだうまくできなかった。』『床からの立ち上がりが難しい。』等の意見が見られた為、退院までの期間にリハビリに追加して行った。その他にも、頻繁な面会により、患者の状態を知ることができた家族は、受け入れるために自宅の改築を行うことを決めた。患者は、退院を延期することで、リハビリを強化した後、家庭復帰できたというケースもあった。

宮崎らは、『日常生活の不自由度と介護の必要度を明確にする必要がある。できるだけ自立度を高める方向での介護の程度を、家族も含めて理解させることである。また、療養に際しての家庭環境、人的環境、更に、家の構造などに適応するための調整も重要である。[1)]』と述べている。

このことからも、リハビリ日記や試験外泊の試みは、有効であったといえる。

おわりに

老人看護を考えるとき、家族の協力を切り離して考えることはできない。入院時点から、家族とのコミュニケーションを十分に行い、患者との関係が遠のかないよう、２週に１度はリハビリ回診に家族に来てもらい、リハビリの現状を見てもらうと共に、主治医と今後の方針について、話す機会とすることができれば理想的であると考える。

更に、２，３回の試験外泊を計画し、その都度家庭生活に、少しでも適応できるようリハビリを追加して行い、退院後も、自己訓練を続ける必要性を患者及び家族に理解してもらうよう指導していきたいと思う。

今後、リハビリ日記やアンケートを活用し、患者や家族の意見を取り入れながら、必要時、公的サービスの紹介や、保険福祉機関との連携を取り、望ましい家庭復帰ができるよう取り組んでいきたい。

＜引用・参考文献＞

1）宮崎　和子：整形外科　1996年
2）中西　恵子：大腿骨頸部骨折患者の退院後の生活へ向けての援助　臨床看護３　ＶＯＬ.20 Ｎｏ.3　1994年
3）小島　由紀子他：試験外泊を退院の動機づけにするために　九州地区看護研修会　1995年
4）鈴木　恵子他：整形外科病棟における患者用リハビリ計画表「あなたのスケジュール」の効果　第25回成人看護Ⅱ　1994年

＜資料１＞

リハビリ日記　　No.

月日	/	/	/	/	/	/
病日						
したこと						
感想						
家族の方から						

＜資料２＞

試験外泊時の様子をお知らせください

・患者さんへ

☆　退院する自信がつきましたか？

ア、はい　　イ、まあまあ　　ウ、不安がある

イ、ウ、と答えた人へ

☆　どのようなところに、不安を感じましたか？

・家族の方へ

☆　外泊時、患者さんのことで困ったことがありますか？

ア、はい　　イ、いいえ

ア、と答えた人へ

☆　具体的に、どのようなところが困りましたか？

☆　感じたこと、病院に対してのご希望などがありましたら書いて下さい

ご協力ありがとうございました。

褥創の治療と看護　-創面の色に応じた治療の試み-

佐賀関町立国保病院　○安部トモ子　上本　文子
芝　日出美　姫野　圭子
荒田　悦子　池田　啓子
後藤紀代美　岩屋登美子
前田ヒトミ　佐藤　直美

1.はじめに

高齢者や脳血管障害などの寝たきり状態の患者には褥創が発生する危険が高く、一度できた褥創は色々な治療や看護にもかかわらず治癒にまで至らないことが多い。当院においても褥創の治療には難渋し、時として治療に消極的になりがちでした。今回、私たちは色々な文献を参考に今までの反省点をふまえて褥創の治療と看護に関し再度学習を行い、これらをもとに創面の色に着目した褥創の治療を始めたので途中経過を報告する。

2.患者紹介

対象：褥創のある入院患者 6人
（平成8年9月より治療開始）
年齢：72～95才（平均82才）
基礎疾患：脳梗塞2人、脳出血1人、老衰1人、
溺水後の脳障害 1人
全身状態：全員寝たきり状態

3.治療

治療は褥創の色による病期に応じて方針を決めた。黒色期には創部の感染予防、黄色期には滲出液のコントロール、壊死物質及び不良肉芽の除去（外科的・内科的デブリッドマン）、赤色期・白色期には薬剤による治療に重点を置いた。

薬剤は黒色期は創部の感染予防のためイソジン、ゲーベンクリーム、黄色期には創部の清浄化を目的としてバリダーゼ、カッデクス、赤色期には肉芽増殖作用の強いオルセノン軟膏、白色期には上皮細胞増殖作用の強いアクトシン軟膏を使用した。

4.褥創の処置方法

処置は通常看護婦のみで行い、週に1度医師により行われ、処置後、各々症例に対し処置方法、使用薬剤について検討した。創面の洗浄は生食ボトルにノズルを使用し、脆い良性肉芽を保護するため水圧のみで創面に付着した膿、滲出液及び、前日の薬剤を除去し、創面に壊死物質・不良肉芽を認めれば外科的に切除し、再度洗浄する。次いで創面に残った水分を綿球・ガーゼで拭き取った後、創周囲のみをイソジンにて消毒する。イソジンによる創面の消毒は明らかな感染を認めない限り行わない。薬剤を創面に塗布しガーゼで覆い処置を終了する。

5.看護

看護は褥創の悪化・再発を予防するため2時間毎の体位変換を行い、また、創部の注意深い観察を心がけるため2週間に1度、自作の記録シートに肉芽、再生上皮、滲出液、壊死物質の状態、褥創の大きさを記録した。

6.結果

（症例1）

67才、男性、治療開始時は黒色期であったが痂皮を除去し、治療開始1ヶ月目（図1-1）には黄色期となった。褥創の中心部に壊死物質が広範囲に認められ、多量の滲出液を伴っていたのでガデックスを使用し、壊死物質を数回に分け外科的に切除した。治療開始3ヶ月目（図1-2）には壊死物質もほぼ除去されて良性の肉芽が盛り上がり赤色期となった。

図1-1　治療開始1ヶ月目

図1-2　治療開始3カ月目

（症例2）

69才、男性、治療開始時は黄色期。治療開始2ヶ月目（図2-1）もまだ黄色期であったが、症例1と同様な処置を行い治

療開始４ヶ月目（図2-2）には赤色期となった。

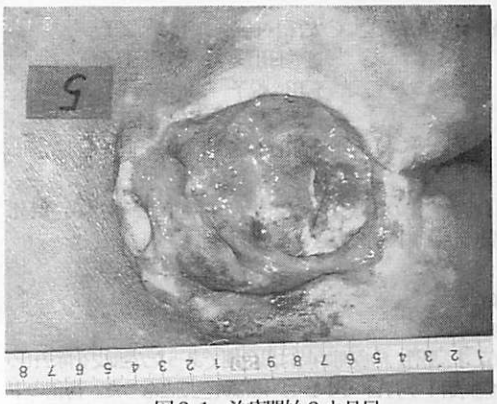


図2-1　治療開始２カ月目

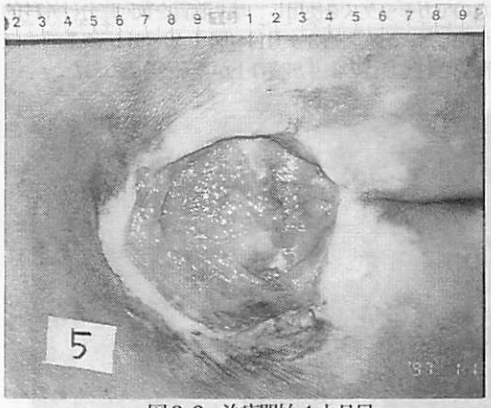


図2-2　治療開始４カ月目

（症例３）

83才、女性、治療開始時は赤色期。オルセノン軟膏を使用し治療開始２ヶ月目（図3-1）には肉芽が盛り上がり始め、治療開始４ヶ月目（図3-1）には創縁の再生上皮もが広がり、創の収縮が認められたのでアクトシン軟膏へ変更した。

図3-1　治療開始２カ月目

図3-2　治療開始４カ月目

また、他の３例も著明な改善は認められないものの、悪化した症例もなく比較的良好な経過であった。

6.まとめ

褥創にはいろいろな分類方法が知られている。深さによる分類としてCampbellの進行度、Sheaの分類、IAETの分類、NPUAPの分類がよく知られているが、福井基成の褥創の色による分類（図４）は褥創を創傷治癒過程に応じ外観の色で分類したものであり、医療スッタフ間で容易に共通イメージを持つことができ、また、治療方針を決定していく上で使用が簡便である。

今回、この創の色による分類を用いて褥創の治療を行い、比較的良好な結果を得た。さらに、褥創の治療には創部の清浄化に加え、創の状態に応じた的確な処置及び薬剤の選択が重要であることが改めて実感された。これを機にさらに学習を続けて、今後も積極的に褥創ケアーを継続して行きたい。

黒色期：	創の表面に黒い痂皮が形成されている状態。多くの場合、痂皮よりも深部に壊死組織が存在する。
黄色期：	痂皮が除かれ、より深部の黄色い壊死組織や不良肉芽が露出した状態。一般に多量の滲出液を伴い、また、感染の危険性が最も高まる。
赤色期：	壊死組織が除かれた創面より、鮮紅色の肉芽組織増生し、組織欠損を埋める。
白色期：	十分に盛り上がった肉芽組織は次第に白っぽくなり、収縮するようになる。それにより、創面積も小さくなる。また、創縁より上皮形成が始まる。この新たに形成された上皮は、周りの皮膚より白っぽいのが特徴。

図４　褥創の色による分類

7.参考文献

(1) 福井基成：最新！褥創治療マニュアル、照林社、1993

当院における外来プライマリーナーシングの実践

－外来患者療養相談・指導の導入と実践－

大分県立病院泌尿器科外来

野桐春美

1．はじめに

当院は平成4年に大分市の郊外に移転し、23の外来診療科を有する大分県の基幹総合病院で、外来患者数は一日平均1200人である。

医療の高度化や入院期間の短縮化、診療報酬の改正などから、当院でもこれらの新しい変化に対応できる外来として患者への療養生活上のケアが必要になってきた。

悪性疾患などの化学療法や輸血等高度な治療内容の変化、医療の専門分化に伴い多種多様な検査や処置、在宅医療の必要から訪問看護ステーションとの連絡等、医療環境の変化から、外来業務はますます多様化重要視され、診療の補助業務処理だけではすまされなくなった。

病院全体として患者のQOLを重視した医療展開が広まる中、当院外来看護婦たちも外来看護の重要性を認識しはじめ、その役割とは何かその方向をさぐる動きが起こってきた。

そうした外来看護婦の意識の高揚の中、平成8年4月より設置された外来患者療養相談室とその取組みを、今回泌尿器科外来におけるプライマリーナーシングの導入と実践としてその看護活動を報告する。

2　目的

1）疾病や障害を持ちながらもその人らしい生活が送れるよう、患者一人一人の生活機能に目を向け支援できる。

2）排泄への援助として、患者や家族がセルフケア能力を高め維持していけるよう外来プライマリーナースとしてサポートする。

3　外来患者療養相談の取組み

泌尿器科の特殊性として、ウロストーマや尿管皮膚瘻、自己導尿の患者等、医療器具を有しながら日常生活を送っている患者が多い。そのため外来業務の中で、患者や家族を含めた排泄のセルフケアの援助として看護婦の指導が大きな比重を占めている。

泌尿器科外来では平成6年より看護部のプライマリーナーシング導入の一環として外来プライマリーナーシングを開始した。さまざまな生活背景を抱えた尿路ストーマ患者に個別的な看護援助を提供するために、外来カーデックスを作成し活用してきた。その外来看護の流れの中で平成8年4月より診療報酬の改正による在宅療養指導料としての外来看護有料化が開始した訳である。

当科は再来は予約制であるため事前に予約カルテで全体の患者の状況がつかみやすい。前日までに患者のカルテ準備をしておく際、気になる患者のチェックをしておき受診当日の患者の状態から、その場で適切な援助が必要かどうかを判断する。その時どうしても時間がとれない時や患者に時間がない時は次回の予約で取り決める。

自己導尿の指導やストーマのセルフケアはかなりの時間を有するので前もって指導用のしおりを渡しておき、外来業務の空いた時間をあてて指導している。また指導や相談の後、気になるときはTEL訪問という形でフオローし、次回受診日までにそのプロセスをつかむことにしている。

療養相談の取り決めとして、専用電話のある個室、個別に、30分以上、専用の記録を行なうこと、とあるが泌尿器科の特殊性としてその相談及び指導は看護相談指導室を使うより外来で行なうことが多い。平成8年4月からの相談件数は45件である。その相談内容は生活機能を支援したもの18件、排泄への援助としてセルフケア能力を指導したもの25件その他2件である。その中の一事例を紹介する。

事例1：59歳、男性、元会社員

病名：左腎腫瘍、脊椎転移による下半身麻痺

発症平成6年、2月に右腰部痛、4月に下肢しびれ感、5月歩行困難となり神経内科に入院。CTにて左腎Ca原発胸椎9転移と診断され泌尿器科に転科転棟。すぐに左腎臓摘出術施行、術後よりインターフエロン注射と放射線治療開始。退院後は外来にてずっと週に一度インターフエロンの注射を続けている。車イス生活での在宅が2年経過。

家族は妻と息子2人の4人家族。日中は皆働きにでるため一人で過ごす。

平成8年8月脊椎転移巣の増大により神経因性膀胱をきたし自己導尿が必要となり指導。奥さんまかせにせず自力でセルフケア出来ることを目的に指導し確立。排泄ケアは自力で行なっている。

11月の面談により痛みの増強で車イスでの生活がきつくなり、じっとベットで日中過ごすことが多くなり、本人より「痛みが強いとイライラして感情的になりもとの自分はこんなんではなかったのにと思う。週に一度の通院が出来なくなったらどうしようか入院は絶対したくない家がいい」と言われる。
痛みの軽減を図り生活の巾を広げることが第一と主治医に報告。MSコンチンが開始される。同時に妻には将来的には訪問看護の依頼も必要になってくることを説明。

12月の面談で幸いにしてMSコンチンの服用により痛みのコントロールが出来るようになり、「手紙を書いたり、昔好きだったギターを引っ張り出して弾いたりするほど気分が明るくなった。看護婦さんから言われたように痛みがない、眠れる、食べれるこの三つがそろうと人間いろいろやる気が出てくるもんやなあ。ありがたい。」ともとの明るい表情になった。

4　考察

看護婦が行なう指導に対して一定の条件を満たせば報酬が認められたものとして、在宅療養指導料は意義がある。それは外来における「療養の世話」を認めたものだからである。

ストーマ患者についてはQOLの向上を目指して以前より外来においても個別にあるいは集団でというように、その形態はさまざまであるが患者のニードに対応し、指導や学習を行なってきていた。それだけに4月より実際に自分の行なった指導が経済的評価を得るということは、更に自己の能力を発揮しもっと質の高いケアを患者や家族に届けたいという意欲を引き出してくれた。時を同じくして4月より外来グループで看護の視点の共有化を図ることを目的に理論学習に取り組んできていた。学習を進める中で、看護とは病気や治療の延長線上で患者をとらえるのではなく、患者の生活過程に目をむけセルフケア能力を高め維持していくための援助ということを再確認し、その実践こそが外来看護の目指す方向軸であると看護の価値観を見出していった。

外来で診療の処置や介助についている時、こういった処置や治療は患者が病院から帰ってからの生活にどのように影響するのかといった視点で見たとき、看護婦の働きかける援助の方向が見えてくる。また療養相談でじっくりと患者に向き合うことで、知らなかった数々の情報や見えているようで見えなかった生活背景が浮き彫りになり、サポートしていく方向と必要な具体的援助が出来ていく。患者の生活の質に変化が生まれ患者が変わっていくのが見えた時、看護が届けられたと実感し、外来プライマリーナースとしての喜びがある。

看護の視点から患者を支援するということその判断は看護婦が行ない、看護婦から医師へ指示を依頼するという積極姿勢で臨む時、自ずから外来看護のやりがいが生まれてくる。またそれだけに看護婦のアセスメント能力、相談指導技術を高める努力も必要である。

5おわりに

今後ますます外来での高度な医療が必要とされ、在宅化も推進されると思う。
こういった現状から、在宅療養相談の需要はますます高まってくるものと思われる。
現行の在宅療養指導料の算定基準内では対象が限られているため、今後の大幅な改正に期待したいが、指導料の有無にかかわらず外来看護が患者サイドで機能するよう外来プライマリーナースとして専門性を発揮していきたい。

〈参考文献〉

1）金井一薫著：ナイチンゲール看護論入門　現代社
2）金井一薫編著：KOMIチャート、日常ケアの実践を導く方法論、現代社
3）坂本幸子：患者のために期待される外来になろう、看護学雑誌、9、1992
4）青木光江：私たちが望む外来看護、看護学雑誌、9、1992
5）数間恵子：外来患者に対する個別療養相談活動と患者の評価、看護管理、1（5）：4-9、1995

当院における内視鏡看護の現状について

山香町立国保総合病院　看護部
○高根　マリ子　　伊東　裕子　　田中　美智代

近年の内視鏡機器および技術の進歩には目覚ましいものがあり、検査としての内視鏡のみでなく、治療としての内視鏡がその重要性を増してきている。当院においても平成6年に電子内視鏡を導入、検診業務も開始となり、消化管を中心として件数も次第に増加している。さらには機器の多様化、前処置の充実、精密機器の整備などに伴って看護内容も複雑化してきている。このような状況にある中、個々の患者に応じた適切な看護、介助ができているかと考えた。この度、当院におけるここ数年の内視鏡の動向から現状を見直し、内視鏡看護の役割について考察する機会を得たので報告する。

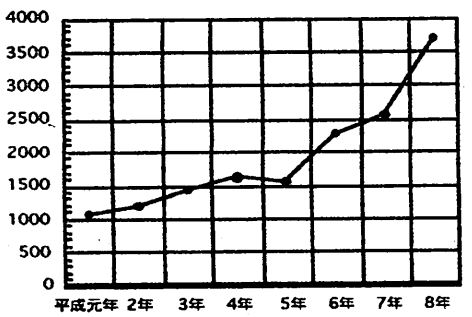
目的　当院における内視鏡動向の分析から現在求められている内視鏡看護について考察する。

方法　平成元年から平成8年までの内視鏡の件数およびその内容の推移を知り、内視鏡看護について検討する。

結果

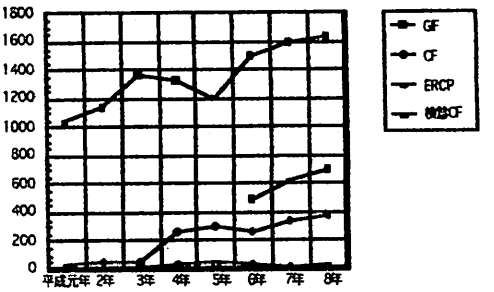
1.当院における内視鏡の動向

平成6年、7年に内視鏡件数が著しく増加している(グラフ1)。内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査は増加はないが、下部消化管を専門とする外科医師が常勤となり、さらに消化器に携わる内科医師が増員されたためと考えれる。



グラフ1　内視鏡検査総数の推移

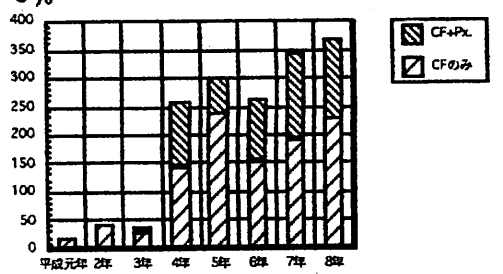
上部消化管内視鏡検査(GIF)は平成5年に減少傾向が見られているが、平均して増加する傾向にある。下部消化管内視鏡検査(CF)は平成4年に急激に増加し、その後も徐々にではあるが増加の傾向を認めている(グラフ2)。



グラフ2　内視鏡検査別の推移

治療としての内視鏡については、以下のような変化が認められた。まず食道静脈瘤に対する治療は平成5年までは内視鏡的硬化療法(EIS)が主流であったが、次第に内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)が主体となってきている。

ポリープ切除術について、下部消化管内視鏡検査に伴って行われる内視鏡的ポリープ切除術は平成4年に急激に増加をしている(グラフ3)。



グラフ3　CFにおける内視鏡的ポリープ切除術の占める割合の推移

その他に、潰瘍に伴う出血に対するトロンビンの散布やエピネフリンや純エタノールの局所注入、高周波による熱凝固、クリップを用いた止血法などが行われている。また胃のポリープ切除術やアニサキス摘出や異物除去

も数例ではあるが行われている。平成8年には内視鏡的乳頭括約筋切開術(EST)も行われるようになってきており、今後も増加することが予想される。また過去には外科的手術の適応となっていた早期癌に内視鏡的粘膜切除術(EMR)が実施されるようになってきていることは特筆に値する。

2.内視鏡看護の実際

当院における現状およびここ数年の改善点について、6つの点に注目して述べる。

①機器の高度化・複雑化、機器の種類および周辺機器の増加

電子内視鏡はデリケートでしかも高価であるため、取扱・管理には充分気をつけ、洗浄に用いる流し台にはマットを敷き、また未使用時には先端にスポンジをかぶせるなど破損防止につとめている。また機器の整備・点検にも日頃より心掛けている。

②検査の待ち時間

内視鏡検査の需要が増加する一方で、1台の機器、1名の看護婦で対応しているため検査の待ち時間が長くなることが多く、これに対する苦情も聞かれた。平成7年7月より予約制を導入し幾分改善が見られた。しかし、緊急内視鏡や検診業務での内視鏡検査など当日にならなければ件数を把握できない事も多く、まだ改善していく必要がある。また検査の準備や介助に追われ検査前の説明も充分にできない現状のため少しでも理解を深めてもらい、安心して検査を受けてもらえるよう検査の流れをパンフレット(資料1)に説明して設置している。さらにまた以前は常備されていなかった前投薬(グルカゴン)や止血剤(トロンビン)などを、冷蔵庫を設置し内視鏡室に常備することで時間の短縮をはかっている。

資料1　内視鏡検査パンフレット

内視鏡の検査・治療を受けられる方へ

〈検査直前〉

(1)入れ歯・メガネを外して下さい。

(2)はじめに水薬(白い)を飲んでいただきます。この水薬は医のなかの泡を取り、胃をきれいにし、見やすくするためのお薬です。

(3)胃の動きをおさえるために腕に注射をうちます。

(心臓病・緑内障・前立腺肥大がある方は前もって申し出て下さい)

〈ベッドに行ったら〉

(1)ベルトやスカートのホックなど体をしめつけているものは、ゆるめましょう。

(2)ベッドに上がったら、左を下にして真横になり右足を曲げ、左足を伸ばした状態で検査を受けます。

〈検査中〉

(1)胃内視鏡のチューブ(小指大の太さ)は無理に飲み込もうとせず、首と肩の力を抜くようにします。そして検査が終わるまでお腹でゆっくり呼吸しましょう。

(2)自分で体を動かしたり、口に手をもっていったりしないようにしましょう。

(3)口の中にたまった唾液は、のみこまずに全部出しましょう。

〈検査終了後〉

(1)のどに麻酔がかかっていますので1時間くらいは飲んだり、食べたりしない方がよいでしょう。(すぐ飲むと、気管に入ってむせる事があります)

(2)安定剤を注射した方は、ボーとした感じ、フラツキがありますので1時間位休んでからお帰りください。

(3)終了後、医師からの説明があります。

③専門的知識の必要性

治療の分野においてはポリープ切除術や粘膜切除術など出血や穿孔といった偶発症の危険性を伴う処置が増え、また潰瘍や静脈瘤の破裂など消化管出血に対する救命救急的な処置の際には患者の全身状態が不良のこともある。偶発症による異常の早期発見や患者・家族の精神面への援助にも留意しなければならず、患者の病態の把握のみでなく専門的知識をも要求される。

④前処置の充実

精神的安定を図り、検査が与える苦痛を軽減させることを目的として抗不安薬(ジアゼパム)を使用することが多い。高齢者の多い当院では検査後にふらつきのある患者が多く、ベッドの昇降時や歩行時には特に注意して介助に

当たる必要がある。リカバリー室が望まれるが、当院では場所の制約もあり、検査室の前の廊下のソファーを使用している。

⑤患者の情報

当院ではカルテが患者とともに検査室に届くため必要な情報が検査前に得られない。特に入院患者についてはADLの状態が把握できてないことも多く、介助に戸惑うことがある。また当院では感染症のある患者に使用したファイバーはその都度自動洗浄機による洗浄を行っており、感染症について把握できない場合には、ファイバーの洗浄に時間を要したり、また検査も順番通りにいかないことがある。

⑥内視鏡の洗浄

当院では資料2の内容を行っている。感染症のない患者ではAとBによる洗浄・消毒で連続使用している。感染症のある患者では使用毎に自動洗浄機による洗浄を行っている。

資料2　ファイバースコープ簡易洗浄法

内視鏡検査
↓
エンドザイム+エタノール洗浄
A.チャンネル内の洗浄
エンドザイム　40ml 吸引
水　40ml 吸引
エタノール　40ml 吸引
水　40ml 吸引
B.ファイバーの洗浄
エンドザイム浸漬　2分
流水洗浄
エタノール清拭
流水洗浄
↓
器械洗浄+ステリハイド液
↓
洗浄完了

*エンドザイム液の作成
エンドザイム原液8ml+温水1L

まとめ

①について、機器の取扱いは精神的負担がとても大きいが取扱説明書を熟読し、理解した上でこれからも点検・整備を怠らないよう心掛けていきたい。

②について、パンフレットを作成したことにより検査に協力が得られると共に初めてGFを受ける患者にとって不安の軽減を多少図れていると思う。また待ち時間においては関係部署と検討し、患者の負担が少なくなるよう配慮していきたい。薬品を検査室に常備したことで処置中に検査室を離れることなく介助に専念できるようになった。

③について、器具性能の向上、技術の進歩により検査・治療についての安全性は高められているとはいえ、偶発症発生の危険性がないとはいえない。検査の内容や偶発症について知識を深め、適切な観察ができるよう、また緊急時でも速やかに対応できるようにしていきたい。そのためにも検査・治療におけるマニュアル作成も検討している。

④について、検査用のベッドが高く昇降時には足台を使っているが、高齢者や麻痺のある患者にとって危険である。上下のできるベッドが必要と考える。また検査後に休息のとれるリカバリー室も必要と思う。

⑤について、患者の情報が不充分なまま検査介助に当たっているので患者に適した援助を行うためにもカルテを早めに届けてもらったり、現行の伝票の見直しを検討していく必要がある。

⑥について、本年より、細菌やウイルスなどを汚れとともに除去する内視鏡用酵素洗浄剤(エンドザイム)を使用しているが、充分な洗浄効果が得られているかは今後も検討していかなければならない。

検査としてのみならず、治療としての内視鏡の需要はますます高まる傾向にあり、適応が拡大され、より一層普及していくことが予想される。今後も内視鏡看護婦として安全かつ確実な内視鏡が不安や苦痛のない状態で円

滑に行われるよう援助していかなければならない。今後も関連スタッフとともに内視鏡看護の充実を目指し、検討・改善をかさねていきたい。

参考文献
1)検査を受ける患者へのケア:月刊ナーシング 1989,No.2
2)消化器内視鏡-診療の理解と患者ケア:臨床看護 1992,No.6
3)ナースのための内視鏡検査の知識:JJNスペシャル 1988,No.8
4)内視鏡治療と看護:月刊ナーシング 1995,No.12

『高齢者住宅環境整備における問題点』
～リフォームヘルパーの活動実例を通して～

特定医　法人財団「天心堂」老人保健施設“陽光苑”
理　事　長　松本文六
施　設　長　輪田 順一
○理学療法士　髙橋 孝吉

【はじめに】

近年高齢化が急速に進む中，我が国は「高齢者の在宅生活支援」を国の政策として打ち出し，各方面で様々な取り組みが行われているが，高齢者の在宅生活は年々困難な状況に陥ってきている．

このような現状の要因のひとつとして住宅環境の問題があげられる．

大分市では1994年４月より大分市リフォームヘルパー派遣事業を開始し，我々天心堂も1996年２月にＰＴ２名が登録し活動を開始した．

天心堂では1982年よりへつぎ病院施設課・ＰＴ・ＭＳＷ等が中心となり在宅復帰される方々の住宅環境整備に取り組んできたが，その間様々なケースの住宅改造や介護福祉機器導入に対する調整方法が検討され，現在の我々の住宅環境整備調整の基礎が築かれた．

今回，大分市リフォームヘルパー派遣事業の各事例を通し学んできたこととその内容及び問題点について考察を行ったので報告する．

【目　的】

寝たきり・痴呆性及び虚弱などの理由により介護を要する高齢者の在宅生活の安定に寄与するとともに福祉の向上を図ることを目的とする大分市リフォームヘルパー派遣事業の内容について分析を行いその問題点を整理する．

【対　象】

1995年２月～1996年12月の間我々がリフォームヘルパーとして関わったケースより抽出．

＜ケースＩ＞

氏　名：Ｔ・Ｏ氏，年齢：６２歳，男性，
疾患名：脳出血後遺症，：６２歳，男性，

〔相談依頼時の身体機能状況〕

左上下肢機能全廃．右下肢機能全廃．
体幹機能全廃．言語障害・嚥下障害(＋)
［ＡＤＬ寝たきり基準度：Ｃ－２に該当］

〔相談依頼時のＡＤＬ状況〕

摂　食　⇨　半介助／咀嚼・嚥下機能低下によりおかゆ，刻み食
排　泄　⇨　全介助／昼夜オムツ使用．
入　浴　⇨　全介助／特殊浴槽使用にて可
更　衣　⇨　全介助，整　容　⇨　全介助
移　動　⇨　全介助／ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ車椅子適応
座位保持⇨　不　能，寝返り　⇨　不　能

〔経　過〕

1995年９月発症，Ａ病院へ緊急入院となる．

その後病状安定し天心堂へつぎ病院転院となるがリハ目的のため更にＢ病院に転院する．1996年４月Ｂ病院より退院の指示があり，Ｂ病院ＭＳＷが設計士Ｍ氏に住宅改造を依頼した．その後Ｍ氏がＢ病院訪問にて本人と会い状態を確認後，住宅改造の内容を決定し図面作成を行った（計画内容：約８ｍの出入り用スロープ設置，シャワーキャリー購入，屋内の敷居等の段差解消，浴室の段差解消，トイレ入口の拡大，便器の設置場所の移動及び洋式便器の設置であった）1996年５月初旬Ｂ病院ＭＳＷより在宅介護支援センター天心堂に連絡が入る．その際住宅改造の内容に不備な点がみられたため我々にリフォームヘルパーの依頼がある．同年５月15日リフォームヘルパー（天心堂ＰＴ）と支援センターが設計士Ｍ氏と自宅へ同行訪問を行う．その際，本人入院中のため設計士Ｍ氏と家族より内容の詳細を聞き家屋の状況を確認する．（この時点で介護用ベッド，エアーマット，車椅子等の介護物品の配慮はされていなかった）この時住宅改造の計画内容が不適切ではないかと感じ，現状把握を目的とする本人の外泊を勧める．同年５月29日，本人自宅に外泊となり２回目のリフォームヘルパー訪問実施．Ｍ氏の計画した住宅改造の内容が本人の身体機能に不適切であることを確認，家族にその詳細を説明する．家族は納得され再検討を希望される．リフォームヘルパーからＢ病院退院後直接自宅に帰らず一旦天心堂へつぎ病院へ転院し，入院中にケアマネジメントを再度検討してもらうよう勧めた

1996年月天心堂へつぎ病院へ転院．入院中介護用ベッド，エアーマット，床走行式電動介護リフト，リクライニング式車椅子，携帯スロープの準備，及び福祉サービスの調整を行う．

1996年６月天心堂へつぎ病院退院．退院後往診，訪問看護，訪問リハ，デイケア（デイケア時入浴を行う）を開始し現在に至る．

〔退院後ケア計画〕

＜退院後週間スケジュール＞

曜日	月	火	水	木	金	土	日
サービス	往診	訪問リハ	デイケア	訪問看護	訪問リハ	デイケア	なし

〔住宅環境整備内容〕

（初期計画）	（実施内容）
①出入り口用スロープ／基礎コンクリート，木製，8800×900㎜，	❶介護用電動ベッド
②シャワーキャリー	❷エアーマット
③浴室段差解消用スノコ	❸オーバーテーブル
④トイレ入口部の改造，	❹床走行式電動介護リフト
⑤便器設置場所の移動，	❺リクライニング式車椅子
⑥和式便器➡洋式便器，	❻携帯用スロープ／木製，2500㎜，

〔実施後の確認〕

設置状況・使用状況ともに良好であることを確認した．

＜ケースII＞

氏　　名：O・H氏，８７歳，女性．

疾 患 名：脳梗塞後遺症．

〔相談依頼時の身体機能状況〕

脳梗塞による軽度の不全麻痺がみられ，特に下肢の筋力やバランス機能の低下がみられる．

〔相談依頼時のＡＤＬ状況〕

食事，更衣，整容，⇨　自　　立

排泄，入浴，移動，⇨　概ね自立しているが転倒の危険性が高い．

調　理，掃　除，⇨　一部介助にて可能であるが現在は嫁がすべて行っている．

〔相談時介護用品及び福祉サービス利用状況〕

特になし．

〔経　　過〕

1996年３月中旬，本人の長男より在宅介護支援センター天心堂にリフォームの相談がある．

支援センターは天心堂ＰＴと建築家Ｎ氏にリフォームヘルパーの依頼を行う．同年３月18日依頼を受けたリフォームヘルパー２名と支援センター天心堂の職員が自宅訪問を実施．その際建築家Ｎ氏が本人の身体機能の状態等を考慮せず長男の希望する内容のみで計画を立てたため，一時中断とし本人の意向や身体機能状況及び形態等を考慮した上で相談・助言を行った．

見取り図や見積書の作成を建築家Ｎ氏に依頼すると見積料や手数料を徴収されるということもあり天心堂ＰＴが見取り図を作成しＢ業者に見積ってもらい，その内容について本人及び家族の了解を得て着工にした．

1996年７月19日住宅改造完了の連絡入り，在宅介護支援センター天心堂の職員とリフォームヘルパー（天心堂ＰＴ）が自宅訪問し設置状況の確認及び使用方法の指導を行う．

〔相談内容〕

最近，歩行や立ち上がり，段差部の上り下りが不安定になったため安全性を考慮して玄関や屋内の段差がある場所・浴室・トイレ等に手摺り設置等を検討して欲しい．

〔住宅環境整備内容〕

❶浴　　室：入浴台，浴槽台，手摺り設置．

❷母家⇔離れの段差部：手摺り設置．

❸居間⇔庭の出入口部：踏み台，手摺り設置

❹トイレ：手摺り設置．

〔実施後の確認〕

設置状況・使用状況ともに良好であることを確認した．

＜ケースIII＞

氏　　名：Ｈ・Ｙ氏，７１歳，女性，

疾 患 名：慢性関節リウマチ．

〔相談依頼時の身体状況〕

四肢の疼痛及び変形がみられ上肢においては特に手指の著しい機能障害がみられる．

下肢においては足関節の底・背屈の著しい可動域制限がみられ歩行時に踏み返しがみられないＲＡ特有の歩行状態を呈する．

〔相談依頼時のＡＤＬ状況〕

摂　　食　⇨　概ね自立（要時間）

更　衣，整　容，⇨　一 部 介 助

排　　泄　⇨　立ち上がりと後始末に一部介助を要する

入　　浴　⇨　半　介　助

調　理，掃　除，⇨　困　　難

〔相談時介護用品及び福祉サービス利用状況〕

＊介護用電動ベッド，シャワーチェア購入済み

＊ホームヘルパー利用．

〔経　　過〕

1996年５月本人の夫より在宅介護支援センター天心堂にリフォームの相談がある．支援センター天心堂は天心堂ＰＴにリフォームヘルパーの依頼を行う．同年５月15日支援センター職員とリフォームヘルパーが自宅訪問を行い，トイレの改造について相談・助言を行った．本人の身体機能状況を考慮して浴室の環境整備を勧めたがその必要性を夫に理解してもらえずトイレのみ在宅高齢者住宅改造助成制度に申請し改造を行うことになる．

1996年９月トイレ改造完了の連絡が支援センター天心堂に入る．その際浴室の改造についての相談があり，支援センターより天心堂ＰＴへリフォームヘルパーの訪問依頼がある．同年10月８日支援センター天心堂職員とリフォームヘルパー（天心堂ＰＴ）が自宅訪問を行う．本人は浴槽内に入ることを希望され，これに対して夫は浴槽台設置を考えていたがその具体的な寸法や材質が本人の状況や浴槽の建築構造上不適切なものであった．そのため本人の身体状況や建築構造上の問題について詳しく説明を行ったが納得してもらえなかったため支援センター天心堂の担当職員が更に訪問を繰り返し内容について説明を行った結果，本人及び夫の了解を得ることができた．業者との調整を行い，日常生

活の助成制度を活用し住宅改造実施に至る．
〔相談内容〕
1）5月訪問時の相談内容
①トイレ入口に段差と内ドア及び壁の部分があるために出入りがとても困難．
②現在汲み取り式の和式便器に洋式便座据置型を被せて使用しているが，自分で後始末ができないので水洗式でシャワー洗浄機能が備わった洋式トイレにできないだろうか？
2）10月訪問時の相談内容
③現在入浴の際に浴槽の中に入ることができないため，何か入れる方法はないか？，
〔住宅環境整備内容〕
❶トイレ入口部の段差解消．
❷トイレ内ドア及び壁の部分の除去，
❸トイレ：汲み取り式⇒水洗式，和式⇒洋式，
（洗浄機能付き，便座高430㎜に調節，
ソフト便座使用）
❹浴槽：入浴台，浴槽台，滑り止めマット設置
〔実施後の確認〕
設置状況・使用状況ともに良好であることを確認済み．
＜ケースⅣ＞
氏　　名：M・T氏，76歳，男性，
疾患名：肺　　癌，多発性脳梗塞後遺症，
左大腿骨頚部骨折術後，門脈閉塞症，
〔相談依頼時の身体機能状況〕
全身，特に両側下肢及び体幹筋群の筋萎縮が著名にみられ，立ち上がり及び歩行は極めて不安定な状態である．
〔相談依頼時の身体機能状況〕
摂　食，整　容，⇒　自　立
更　衣，　⇒　半介助
排　泄（排　尿）⇒　尿器使用にてベッド上で行う．
（排　便）⇒　介助にてトイレに移動して行う．
入　浴，　⇒　半介助
食卓用の椅子を入浴台兼シャワーチェアとして代用し訪問看護の際に行う．
〔相談時介護用品及び福祉サービス利用状況〕
＊手動式ギャッジベッド，オーバーテーブル，
＊訪問看護利用（入浴介助実施）
〔経　　過〕
1996年5月初旬，天心堂訪問看護ステーション担当看護婦より天心堂PTへ，本人の身体機能低下がみられるため評価の依頼ある．同年5月8日天心堂PTが訪問看護婦と同行訪問を実施し本人の身体機能状況の評価を行う．その際浴室及びトイレの住宅環境整備の必要性を本人及び妻と検討の結果住宅改造を実施することになる．その後S地区在宅介護支援センターに連絡しリフォームヘルパーの依頼を行う．同年5月16日S地区支援センター職員とリフォームヘルパー（天心堂PT）同行訪問実施する．その際S地区支援センター職員が大分市リフォームヘルパー派遣事業のシステムについて内容を把握していなかったため，現場でリフォームヘルパーよりその目的や書類作成等についての詳細を説明した．住宅環境整備の相談・助言を実施しその内容を概ね決定したが，その後の処理についてS地区支援センター職員が詳しいことはわからないということでその後の見取り図の作成・見積の依頼・業者との調整・設置後の使用方法の指導等をリフォームヘルパーが行い，福祉助成制度の申請手続き等をS地区支援センターが行った．住宅環境整備完了後同年6月26日リフォームヘルパー（天心堂PT）が天心堂訪問看護婦と同行訪問を実施し実際に本人に使用してもらいながら使用方法の指導及び使用状況の確認を行った．
〔住宅環境整備内容〕
❶浴　　室：入浴台兼シャワーチェアの設置，
浴槽出入り用手摺りの設置，
❷トイレ：入口～内ドア間の手摺り設置，
便器前方及び側方の
立ち上がり用手摺り設置，
〔実施後の確認〕
設置状況・使用状況ともに良好であることを確認した．

【方　　法】
住宅環境整備についてその調整が比較的困難であった対象ケース4例に対して，その問題点として考えられる内容を整理し考察を行う．

【結　　果】
1）ケースIの場合．
①本人のADLに対する評価が全く不正確なものである．（B病院MSWが他の医療スタッフから情報収集を行っていなかったと思われる）
②福祉サービス利用との関連等，在宅介護におけるソフト面が全く考慮されていない．（本人のケアマネジメントの内容が十分に検討されておらず，その調整も不十分である）
③住宅環境整備に関して，当初の計画において入浴，排泄，屋外への出入りについてはその配慮が行われていたが，ベッド，車椅子，移乗・移動の方法についての配慮が全く行われていない．（在宅介護におけるハード面での重要な欠落がみられる）
④住宅環境整備について十分な検討が行われないまま設計の段階まで進めてしまったために，全く無駄な費用（設計料として約8万円）を支払わなければならなかった．

2）ケースIIの場合．
①建築家リフォームヘルパーが住宅改造の相談・助言を行う際，使用者の精神的身体的機能状況を考慮していなかった．
②住宅改造の検討の時点でかかる費用が問題になるが，その見積に高額な料金を請求するのはリフォームヘルパー派遣事業の主旨に大きく外れているのではないだろうか？
（医療福祉関係の職種以外のリフォームヘルパーがリフォームヘルパーについて正しく理解していないのではないか？）

3）ケースIIIの場合．
①医療関係者以外の人々に対して疾患やその症状について理解していただくことは難しい．
②本人や家族の希望する内容とリフォームヘルパーの立場として勧める内容が異なる場合，その調整は非常に難しく，又時間を要する．

4）ケースIVの場合．
①S地区在宅介護支援センターの担当職員がリフォームヘルパーのシステムやその具体的業務内容について把握していなかった．
②リフォームヘルパーが相談・助言業務以外の調整業務を行わなければならなかった．

【考　察・ま と め】
以上の結果から大分市リフォームヘルパー派遣事業の現在の問題点について考察を行い今後の課題についてまとめてみた．

＜大分市リフォームヘルパー派遣事業の課題＞
1『リフォームヘルパー派遣事業の
目的についての再確認』
［本来の目的］
＊在宅要介護高齢者のケアマネジメントの一環
ソフト面➡保健・医療・福祉サービス調整．
ハード面➡住宅環境整備調整．
＊要介護高齢者の在宅生活の安定を支援する．
（経済的支援の意味も持つべきではないか？）
［現　状］
＊建築業務従事者に対する安易な仕事の斡旋になっていないだろうか？

2『リフォームヘルパー派遣事業に
関連する各スタッフの役割の明確化』
①ケアマネージャーは誰なのか？
（在宅介護支援センターの
マネジメント業務の充実化）
②リフォームヘルパーの業務範囲の明確化．
（住宅環境整備内容の申し送り
業務についての検討）

3『建築家リフォームヘルパーと
医療専門家リフォームヘルパーとの連携』
①各職種の専門性が十分生かせているか？
②住宅環境整備相談時の
コーデイネーターが必要！
③住宅改造検討時の見積書の
必要性と費用負担の検討が必要！

＜大分市高齢者住宅環境整備の課題＞
1『住宅環境整備調整に要する
時間とエネルギーの問題』
一般的に要介護高齢者・障害者及びその家族の障害受容が難しいことと同様に，住宅環境整備について納得してもらうことも非常に難しい問題である．特に多額の費用を要する改造の場合はより充実した内容にするために，関連専門スタッフが多くの時間とエネルギーを必要とするが，関連専門スタッフの増員とその個々の質的向上が求められる．

2『住宅環境整備に最も重要な
住む人の生活習慣・思想に対する配慮』
要介護高齢者も我々と全く同じ生活者であることを常に念頭に置き，そこで生活する本人や家族の長年の生活習慣や思想・価値観等を十分に考慮しなければならない．したがって機能面のみを重視した環境整備はその内容がどんなに優れたものであっても，そこに住む人の生活習慣や思想などが取り入れられてない場合，住宅環境整備が無駄になることがある．

以上，高齢者に対する住宅環境整備について分析を行ったが，この内容をもとに今後高齢者の住宅環境整備調整業務に携わるにあたり，個々の在宅生活（在宅ケア）を多面的包括的視点でとらえたうえで日常業務及びリフォームヘルパー業務に取り組んでいきたいと考える．

在宅ケアへ移行する患者に対する プライマリナースの役割

大分県済生会日田病院　○羽　多　麻衣子　　原　田　亜紀子
相　垣　良　子

〈はじめに〉

今、日本は超高齢社会を目前にしている。国は在宅ケアを推進し、社会保障の重点を「福祉」に移している。また高齢化や医療技術の進歩に伴い、障害を持って在宅で過ごす人が増えている。

私たちの住む、日田・玖珠広域の高齢化率は20％を超え、すでに超高齢社会に突入している。また、高齢者の独居や老夫婦のみの世帯が多い地域である。そのため、患者が在宅ケアを希望しても介護に問題があり、県内外の施設に入所するケースが多い。

この社会背景において、在宅ケアに移行する前段階で、患者や介護者に関わる看護婦の役割は重要である。

今回、重度の障害をもつ患者が夫と二人暮らしという環境の自宅へ帰ることができ、在宅ケア導入に成功した。そこで、在宅ケアへ移行するまでのプライマリナースの活動を報告する。

〈事例紹介〉（表１）

〔患者〕

Ｉ氏、女性75歳、クモ膜下出血

家族歴：夫と二人暮し、子供２人（名古屋と福岡に在住）

発病からの経過：平成７年２月にクモ膜下出血発症し、当院に入院する。気管切開術施行、意識レベルＪＣＳⅢ－100~ 200、右不全片麻痺、失語症が出現し全く発語できない。

食事：平成７年３月から経管栄養を開始し、一時経口的に食事を開始するが、嚥下困難となり、再び経管栄養となる。

排泄：おむつ使用し、全介助

移動：車椅子、ストレッチャーの全介助

清潔：清拭、シャワーの全介助

〔主な介護者〕

夫78歳、無職、旅館板前を２年前定年退職

健康状態：高血圧で内服治療中

〔その他の介護者〕

ホームヘルパー、名古屋の娘が約３カ月に一度帰郷

〈看護の実際〉

平成７年２月に入院し、その後病状が安定し、平成８年２月、退院について主治医と夫が相談した。医師、看護婦は在宅ケアは困難と考え、長期療養型の施設への転院を勧めた。夫も最初は他施設への転院を希望したが、次の理由で在宅ケアへと希望を変更した。

①患者に意識がある。

②転院先の病院が遠く、交通が不便である。

③福祉サービスの情報を一部得た。

この情報を得たプライマリナースは、夫の意志を尊重した。

第１段階：在宅ケアが可能か否かを判断

1. 日田市保健所脳卒中情報システム事業（以下「情報システム事業」と略す）への手続きを、婦長と主治医へ依頼した。
2. 夫と情報システム事業のメンバーである、在宅介護支援センターや社会福祉協議会の保健婦・看護婦・ソーシャルワーカーとプライマリナースが集まり、情報交換を行なった。
3. 介護力評価を行なった。
4. 在宅ケアに必要な社会資源について検討した。ホームヘルパー、入浴サービスなどの必要性を確認した。

第２段階：週間ケアプランの立案（表２）

夫と情報システム事業のメンバーとプライマリナースが集まり、週間ケアプランの立案を行なった。

第３段階：知識、技術の指導（表３）

プライマリナースが、自分の勤務スケジュールと、夫・ホームヘルパーのスケジュールに合った指導計画を立案、実施した。

Ｉ氏のケアを通して、次の指導を行なった。

①基本的な介護技術の実技指導

②内服薬与薬指導

③経管栄養の管理指導

④試験外泊

第４段階：指導の評価と退院日の決定

1. プライマリナースが、夫とホームヘルパーの介護技術を評価した。
2. 夫とホームヘルパーに、介護技術の習得状況を聞き、指導の評価をしてもらった。
3. 夫と情報システム事業のメンバー、ホームヘルパー、プライマリナースが集まり、退院日の調整を行なった。

平成８年５月10日に退院し、在宅ケアへ移行した。

〈結果〉

在宅ケアの可・否を判断した結果、可能であると判断した。在宅ケアを検討する段階から、保健・医療・福祉間の情報交換を行なうことができた。それぞれの専門職者の働きによって、より患者の状態にあった週間ケアプランが立案できた。Ｉ氏のケアを通し、個別性のある指導を行ない、介護者の不安がなく、在宅ケア導入に成功した。

〈考察〉

プライマリナースは入院期間中、患者・家族と深く関わり、豊富な情報を得て、信頼関係を築いている。また患者、家族が頼りにしているのはプライマリナースである。この事例の場合、プライマリナースが在宅ケアへ移行するか否かを検討する段階から、保健婦・ソーシャルワーカーと関わった。そして、患者の情報を他の専門職者に提供し、情報交換を行なった。それによって、在宅ケアに関するアセスメントが正確に行なえたと考える。またプライマリナースとしての意見を述べたことが、事例に適した週間ケアプランの立案につながったと考える。夫やＩ氏を担当するホームヘルパーが、在宅ケアの指導を目的として、入院中から関わった。それが、在宅ケアのリハーサルにもなり、在宅ケアに移行した後に出てくるであろう問題や不安な点を事前に発見できた。そして更に指導を効果的なものにした。

在宅ケアの準備は入院中から始まる。在宅ケアの必要性は看護婦も認識している。しかし、福祉やその制度について知識が乏しい。そのため保健・福祉に関する専門職者と早期に関わる必要がある。

今後、在宅ケアの移行にあたっては、プライマリナースが中心となり、保健・医療・福祉の連携をとる必要がある。それと同時に、患者や介護者へより具体的な指導を行なうことが、在宅ケア導入を成功させる鍵となる。

〈まとめ〉

超高齢社会に向けて、在宅ケアへ移行する人が増えている。今回の事例を通し、入院中から在宅ケア移行まで、プライマリナースが一貫して関わることが在宅ケアの成功につながるとわかった。在宅ケア移行までは、プライマリナースが中心となり、総合的にマネージメントする必要がある。

表１　事例紹介

患　　者：Ｉ氏　75歳　女性
入院期間：平成７年２月14日～
　　平成８年５月10日
家族構成：夫と２人暮し
　　子供２人（結婚し、名古屋と福岡に在住）
病　　名：クモ膜下出血　モヤモヤ病
現 病 歴：平成７年２月14日、クモ膜下出血で入院となる。右不全片麻痺、失語症が残り退院となる。
ＡＤＬ：食事－経管栄養　　移動－全介助
　　排泄－おむつ使用　清潔－全介助

介 護 者：夫　78歳
職　　業：無職
　　平成６年に旅館の板前を退職
収　　入：年金生活
健　　康：高血圧
指導期間：平成８年３月23日～
　　平成８年５月９日
介護力評価
　体　　力－現状で必要なケアを実施する体力がある。
　時　　間－介護に専念できる。
　判断・理解力－継続的に援助すれば良い
　家 族 関 係 －良い関係で特に問題なし
　経 済 力　－問題なし
　負 担 度　－一部援助があれば、介護に負担は感じられない。

表2　週間ケアプラン

	午　　前	午　　後
月	ホームヘルパー派遣 11：00～11：30 〔身体〕	訪　問　看　護 14：30～15：30
火	ホームヘルパー派遣 11：00～11：30 〔身体〕	ホームヘルパー派遣 15：30～16：30 〔身体〕〔家事〕
水	ホームヘルパー派遣 11：00～11：30 〔身体〕	訪　問　看　護 14：30～15：30
木	ホームヘルパー派遣 11：00～12：00 〔身体〕〔家事〕	訪問入浴サービス 15：00～16：00 済生会訪問診療 〈第4週〉
金	ホームヘルパー派遣 11：00～12：00 〔身体〕〔家事〕	訪　問　看　護 14：30～15：30 ミーティング 〈第4週〉
土	ホームヘルパー派遣 11：00～11：30 〔身体〕	ホームヘルパー派遣 15：30～16：30 〔身体〕
日	ホームヘルパー派遣 11：00～11：30 〔身体〕	ホームヘルパー派遣 15：30～16：30 〔身体〕

＊1. ホームヘルパー

〔身体〕
- おむつ交換・体位変換
- ベッド上起き上がり
- 胃管カテーテルの位置確認

〔家事〕
- 買物　・清掃
- 洗濯　・調理

＊2. 訪問看護
- 健康チェック
- 清拭（入浴）
- リハビリ
- 全身ケア

表３　指導計画

対象者：夫　　期間：平成８年３月23日～平成８年５月９日

時間	項目	内容
8:00	経管栄養指導	①流動食を温める ②薬を準備する（１回分の薬を白湯で溶かしカテーテルチップに入れる） ③胃管カテーテルの位置確認（カテーテルチップで空気を入れ、胃部の空気音を聞く） ④薬の注入（準備した薬を胃管カテーテルより、注入する） ⑤流動食の注入（流動食を栄養ボトルに入れ、胃管カテーテルより注入する）
9:00	清拭 おむつ交換 体位変換	体を蒸しタオルで拭く（更衣は健側から脱ぎ、患側から着る） 排泄の有無を確認し取り替える（排泄していれば、蒸しタオルで拭く） 同一部位の圧迫を避けるよう、仰臥位・左右側臥位に向きを変える
11:00	おむつ交換 体位変換	
11:30	経管栄養指導 胃管カテーテル交換（週１回）	①挿入中のカテーテルを抜き、反対側の鼻腔より新しいカテーテルを挿入する ②Ｉ氏に嚥下するよう声をかけながら挿入する ③カテーテルチップで空気を入れ、胃部の空気音を聞く ④カテーテルをテープで、鼻に固定する
14:30	おむつ交換 車椅子への移動	端坐位にし、車椅子を健側に置き、移動する
16:00	ベッドへの移動	ベッドが健側にくるように車椅子を置き、移動する
17:00	おむつ交換 体位変換	
17:30	経管栄養指導	

対象者：ホームヘルパー　　期間：平成８年４月８日～平成８年４月23日の５日間

	項目	内容
第１日目	おむつ交換 経管栄養指導	夫と共に同様の指導を行なう
第２日目	おむつ交換 経管栄養指導	
第３日目	胃管カテーテル挿入の指導	
第４日目	経管栄養指導（資料を渡す）	
第５日目	おむつ交換 経管栄養指導	

日常生活援助と患者のＱＯＬ

大分県立三重病院１病棟　　○後藤ふじ美　清水郁子　佐田清美
宇薄久美子　深田良子

はじめに

最近、医療現場で、ＱＯＬという言葉が良く聞かれるようになった。これまでは疾病を治すという面が優先され、患者の人としての生活が見過ごされやすかったが、医療を生活の面からとらえ直し、豊かなものにしようとする動きが始まっている。

今回は我々が毎日当たり前のように行なっている日常生活援助（基本的ケア）の実践状況を明確にし、それが患者のＱＯＬを維持向上するにはどうあるべきかを探ったのでここに報告する。

Ⅰ目的

1)１病棟における日常生活援助とＱＯＬを評価し、問題点を明確にする。

2)患者のＱＯＬを維持、向上するには、日常生援助はどうあるべきかを探る。

Ⅱ方法

1)日常生活援助の実践状況を、川島等の設問別によるケア得点表（表１参照）を使用し、数量化する。

2)当院で作成したＱＯＬ質問表（資料１参照）を用い、入院中の患者３名に２週間毎に３回アンケート調査を行なう。

3)アンケート直後にカンファレンスにかけ、ＱＯＬ向上に必要な日常生活援助を実施する。

Ⅲ結果、考察

1)設問別によるケア得点（表１参照）

１病棟における日常生活援助を数量化したところ、54点であった。病院規模（ 101～ 200床）や科別（内科）による全国平均は、38～40点である。それに比較すると、多少高い日常生活援助がなされている。しかし、同規模病院で60～80点のケアが実施されているところもあり、まだまだ改善の余地がある。そこで、患者のＱＯＬ向上の為にも、改善可能な項目を検討した結果、以下の項目があげられた。

①口腔ケアに介助を要する患者の口腔ケア

口腔ケアは、毎食後行なう事が理想である。現在、全介助を必要とする患者の口腔ケアは徹底できている。しかし、部分的な介助を必要とする患者においては、食後のケアが曖昧であった。

そこで、介助の必要な患者リストと口腔ケア専用ワゴンを用意すると共に、一人の看護婦が実施にあたるようにした。

②水分制限のない患者の食事以外のお茶のサービス

今までは、食事時間に多めのお茶を配ってもらっているが、今後はいつでも飲めるようナースステーションに専用ポットを備えた。

③自分で食事摂取出来ない患者の食事介助

これまでは勤務の都合で、途中で交替する事がしばしばあった。今後は出来るだけ最初から最後まで一人の患者の食事の介助を行なうように努める事にした。

④入浴出来ない患者の清拭

今までは蒸しタオルを原則３枚ずつ使用している。今後は、必要に応じた枚数を使用する事にした。

以上改善可能な問題点は４項目であった。この問題点をチーム全体が共有し、徹底し、実現出来るようにした。

2)ＱＯＬアンケート（表２・図１参照）

＜事例１＞

NO１の表でＱＯＬの最も低下している項目は、関節の痛み（４・５）と歩行時の息上がり（８）に対する強い不安だった。患者は数年来、関節や肩の痛みに対して注射や内服（漢方・ステロイド）の治療を受けてきたが、うまくコントロールされていなかった。そこで、何か良い方法や工夫はないかカンファレンスをもち話し合った。結果、午前中に手指や肘を温湯につけ、温める事にした。また、清拭時に、肩や頸部に対して蒸しタオルをビニール袋に入れあらかじめ温め、軽くマッサー

ジを施行した。結果、NO1、NO2、NO3共にスコアの改善はみられなかったものの、一時的に痛みは緩和された。また、温める目的で手浴、足浴も多く取り入れたあ、保清（15）に対する不満はなかった。

次に歩行時の息上がり（8）に対する不安に対しては、医師に報告し、歩行時の酸素流量を増やし歩行しても大丈夫という声掛けをしてもらった。結果、NO2、NO3では息上がり（8）は軽くなった。また、軽いふらつき（8）の原因として貧血が考えられ造血剤の内服が開始された。しかし、胃部不快によりNO3（12）のQOLが低下したあ、減量し分割服用となった。

このケースを通して良かった事は、患者の訴えを問題視し、何らかの日常生活援助がないかをカンファレンスにかけ、ベストとはいえないが、温めたり、マッサージをしたりと看護独自の痛みに対する援助を行なった事である。

＜事例2＞

NO1の歩行（10）以外のQOLは比較的良い状態であった。しかし、NO2、NO3の姿のように、原疾患の悪化に伴い、IVHやトロッカー、バルンの挿入等の治療による身体的（3、4、5、8）、生活的（9、10、11）苦痛を伴い、本人の意欲も低下した。（11、13）ことに、バルン挿入による違和感は強かった。

そこで、医師とカンファレンスをもち、程度に応じてキシロカインゼリーを塗布、インテバン座薬の使用、ソセゴンの筋注とした。つまり、除痛を最優先した。また、疼痛はB・Bや処置を拒否させる傾向を生じた。その為、除痛後、タイミングをみて患者に負担がかからぬよう数人で行なった。また、清拭のタオルは多めに使用し、排便毎に洗浄した。

本事例で分かった事は、治療により身体的苦痛が伴えば、極めてQOLは低下し治療の経過も悪ければ、日常生活援助の受け入れも悪くなるあ、除痛への工夫が必要となるという事である。

＜事例3＞

NO1の頃、胃部痛（4・5）のあ歩けず（3・9・10）、不眠（2）、病気に対する不安（11）を抱いていた。そこで、医師、看護婦共に頻回に訪室し、コミュニケーションを通し、不安、不満を聞き出した。そして、除痛対処も行いながら妻の面会の協力を得た。

患者は保清に対して看護婦の介入を希望しなかったあ、妻に依頼し関わりを密にしてもらった。

しかし、気分の良さそうな時は、家人と共に足浴、洗髪、清拭を行なった。

食事（1）に関しては、病院食以外に本人の好むおにぎりや稲荷寿司を持って来てもらい、食べるきっかけとした。NO2の頃は、微熱（8）は相変わらず持続しているものの、訴えも少なく外出が許可された。結果、自信を得たのか、自ら廊下歩行（10）をする姿がみられた。同時に、不眠（2）も解消され、食欲（1）も出てきた。NO3のQOLは極めて良い状態となっている。驚いた事に対処していない胃部痛（3・4）の訴えもなくなった。

この事例でいえることは、身体症状が多少あっても、家人のサポートにより精神状態が安定していれば日常生活援助の受け入れが良く、患者のQOLを高める事が出来るという事である。

Ⅳ結論

今回の研究の動機は、毎日当たり前のように行なっている日常生活援助が果たして患者にとって良いケアになっているのだろうかという疑問からだった。看護業務を合理的にルーチン化していく事は必要な事ではあるが、ルーチン化されたケアによって患者のQOLが制限されてはならない。患者が良いと実感してくれる日常生活援助という視点から考察した結果、以下の事が分かった。

(1)日常生活援助を改善する際は患者のQOLをふまえ、身体的苦痛を最小限にする必要がある。

(2)日常生活援助は一律ではなく、個人的なニードをふまえる事が大切である。

(3)日常生活援助の得点を上げるには、看護婦の技術、努力だけでは及ばない設備や体制等の構造的要因をも考え直す必要がある。

(4)QOLを向上させるには、患者の訴えを聞きそれを取り上げ、効果的なカンファレンスを行う事が大切である。また、治療技術のみに頼らい独自の看護方法も加えていく事が望まれる。

(5)ＱＯＬは患者自身の主観的なものであり、示す得点は患者個々によって違いがある。従って、入院からの患者のＱＯＬを随時評価し、ＱＯＬを維持、向上出来るよう働き掛ける事が大切である

《参考・引用文献》

(1)市崎康子他著：看護実践の科学　21（1）1996
(2)川島みどり著：インターナショナル・ナーシングレビュー　18（3）　1995
(3)川島みどり著：日常ケアを見直そう　医学書院
(4)山崎泰広他著：ナーシング・トゥデイ 8　1996

表 1　設問別によるケア得点配分

設問	配点
1. ベッド上安静で歩行を禁止されている患者の毎日の洗顔	
a）蒸しタオルを配っている	3
b）温湯または水を配っている	1
c）ぬれナプキンまたはディスポーザブルガーゼを配っている	1
d）行いたいと思っているが，時間や人員の関係で出来ない	0
e）その他（　　）	
2. ベッド上安静で歩行を禁止されている患者の口腔ケア	
a）歯ブラシまたは含嗽などの口腔ケアを朝夕に行う	3
b）歯ブラシまたは含嗽などの口腔ケアを毎食後に行う	3
c）歯ブラシまたは含嗽などの口腔ケアを1日1回行う	1
d）行いたいと思っているが，時間や人員の関係で実施していない	0
e）その他（　　）	
3. ベッド上安静で歩行禁止の患者で義歯を装着しているときの口腔ケア	
a）朝夕，義歯を洗浄している	2
b）毎食後，義歯を洗浄している	3
c）1日1回，義歯を洗浄している	1
d）行いたいと思っているが，時間や人員の関係で実施していない	0
e）その他（　　）	
4. ベッド上安静で歩行を禁止されている患者の食前の手洗	
a）1日1回，おしぼりを配っている	1
b）毎食前に，お湯または，おしぼりを配っている	1
c）ぬれナプキンなどを患者が自分で用意している	1
d）行いたいと思っているが，時間や人員の関係で実施していない	0
e）その他（　　）	
5. 水分制限のない患者が食事時間以外にお茶を飲みたいとき	
a）毎日，患者のポットにお湯を準備している	3
b）食事時間以外にも，お茶を配っている	3
c）食事時間に多い目にお茶を配るようにしている	1
d）行いたいと思っているが，特に配慮していない	0
e）その他（　　）	
6. 自分で食べられない患者の食事の世話	
a）勤務の都合で看護婦が途中で交代することが度々ある	1
b）通常二人が三人の患者を掛け持ちで世話をする	3
c）通常最初から最後まで続けて一人の患者の世話をする	3
d）他の用事で食事介助中に一時中断することが多い	0
e）その他（　　）	
7. 患者の（常食の場合）自由に選べる献立メニュー	
a）副食の献立メニューはないが，ご飯をパン，牛乳をヨーグルトに変更することは出来る	3
b）主食，副食ともに1週間に1回は選べるようになっている	3
c）主食，副食ともに毎日選べるようになっている	3
d）予算や人員の関係で実施していない	0
e）その他（　　）	
8. シーツ交換	
a）定期的に1週間に1回交換する。汚れた場合はその都度交換する	3
b）定期的に1週間に2回交換する。汚れた場合はその都度交換する	3
c）定期的に交換するので，汚れても原則として交換日まで取り替えない	1
d）シーツの汚れ具合をみて交換するので1週間以上交換しないことがある	0
e）その他（　　）	
9. ベッド上安静で歩行を禁止されている患者の排尿の世話	
a）ベッドサイドに尿器を設置している	2
b）患者から頼まれたときにすぐ持って行っている	2
c）便尿器使用時間を定めて介助している	1
d）患者ごとに時間を見計らって尿器を持って行っている	3
e）その他（　　）	
10. 床上排泄の患者の陰部洗浄	
a）汚れのひどいときに行っている	2
b）毎日最低1回は行っている	3
c）排泄の度ごとに行っている	3
d）行いたいと思っているが，時間や人員の関係で実施していない	0
e）その他（　　）	
11. 入浴できない患者の清拭	
a）蒸しタオルを2～3本使って清拭する	2
b）蒸しタオルを必要なだけ使って清拭する	3
c）温湯（蒸しタオル）と石鹸（浴剤）を使って清拭する	3
d）看護婦によって色々な方法で清拭している	0
e）その他（　　）	
12. 入浴できない患者の清拭	
a）1週間に1回行っている	1
b）隔日に行っている	1
c）毎日行っている	0
d）行いたいと思っているが，時間や人員の関係で実施していない	0
e）その他（　　）	
13. 1人で入浴できる患者の入浴日と時間	
a）1週間1～2回定められた時間に入浴できる	0
b）毎日一定の時間内に入浴できる	1
c）隔日に定められた時間に入浴できる	1
d）毎日いつでも入浴できる	1
e）その他（　　）	
14. 不眠を訴える患者に眠剤を与薬する時	
a）夜間眠れないのは辛いことなので，直ちに服薬できるようにしている	3
b）足浴や背部清拭などの看護処置を試みてから与薬している	1
c）日中眠っている患者は，一晩ぐらい様子を見てから与薬している	1
c）眠剤は習慣になるので，なるべく服薬しないで済むように患者を説得する	0
e）その他（　　）	
15. 1人で動けない患者の体位変換	
a）通常3～4時間ごとに変換している	2
b）通常1～2時間ごとに変換している	3
c）エアーマットレスを使用するので特定の患者以外は変換しない	1
d）患者が希望するとき変換する	1
e）その他（　　）	

表2　患者紹介

	1事例	2事例	3事例
氏名	M・K　♂　(71)	A・H　♂　(71)	K・O　♂　(66)
病名	慢性関節リウマチ 気管支拡張症・貧血	LC・HCC ネフローゼ	COPD・MK
入院期間	H8・7・30～ （S62より6度目）	H8・7・14～	H8・7・31～ （H3より6度目）
家族構成	長男夫婦と孫2人の5人暮し	妻、長男夫婦と孫の6人暮し	妻、娘と3人暮し
治療	HOT・内服	IVH・トロッカー挿入・輸血・内服	HOT・ステロイド内服・抗生剤他点滴
症状	息上がり・手、肘関節首、肩の痛み・血痰 軽いふらつき	全身浮腫・胸水貯留 息上がり・全身倦怠感 亀頭部痛	微熱・胃部痛・食欲不振・倦怠感・歩行時息上がり
ADL	日中のみトイレ歩行	ベット上・バルン挿入 B・B・ すけこみ便器使用	日中のみトイレ歩行

（資料１）

ＱＯＬに関するアンケート

皆様、毎日の入院生活大変だと思います。私たちは出来るだけ皆様が安らげ、療養に専念できるようお手伝いしたいと考えています。今後更に良い治療、看護サービスが出来るようにするためには皆様の気持ち、思いを知ることが大切ではないかと思っています。そこで、ここに質問表を作りました。是非ご遠慮なくご自由にお答えください

年齢：　　歳，（男，女），　入院期間：　　年　　ヵ月　　日

///　　///

1，食欲はいかがですか？　□□□
(1)よく食べれる
(2)まあまあ食べれる
(3)あまり食べれない
(4)全く食べれない

2，眠れますか？　□□□
(1)よく眠れる
(2)まあまあ眠れる
(3)あまり眠れない
(4)全く眠れない

3，排尿、排便はどうですか？　□□□
(1)全部自分で出来る
(2)まあまあ自分で出来る
(3)時々助けがいる
(4)全く自分では出来ない

4，痛みはどうですか？　□□□
(1)痛みはない
(2)痛みはあるが辛くない
(3)辛いがなんとか絶えられる
(4)耐えられない位辛い

5，痛みの強さを教えてください　□□□
(1)痛みはない
(2)弱い痛み
(3)中等度の痛み
(4)強い痛み

6，吐き気、嘔吐はいかがですか？　□□□
(1)吐き気、嘔吐はない
(2)吐き気、嘔吐はあるが辛くない
(3)辛いがなんとか絶えられる
(4)絶えられない位辛い

7，気分はいかがですか？　□□□
(1)大変良い
(2)まあまあ良い
(3)あまり良くない
(4)大変悪い

8，その他具合の悪いところがありますか？　□□□
(1)症状はない
(2)症状はあるが辛くない
(3)辛いがなんとか絶えられる
(4)耐えられない位辛い

9，テレビ、ラジオ、本などを楽しむ事が出来ますか？　□□□
(1)かなり楽しめる
(2)まあまあ楽しめる
(3)あまり楽しめない
(4)全く楽しめない

10，日常生活はどうですか？
(1)自由に動き回れる
(2)身の回りの事や歩くのに助けはいらない
(3)身の回りの事や歩くのにしばしば助けがいる
(4)一日中寝ているのでいつも助けがいる

11，気持ちはいかがですか？
(1)大変落ち着いている
(2)まあまあ落ち着いている
(3)やや不安
(4)非常に不安

12，今の治療を続けたいと思いますか？
(1)積極的に続けていきたい
(2)有効な治療と思うが、副作用が強いのが辛い
(3)あまり有効な治療とは思わない
(4)この治療はやめて、他のものに変えてほしい

13，医師、看護婦との関係は満足ですか？
(1)大変満足
(2)満足
(3)少し不安
(4)不安

14，家族の理解及び協力はいかがですか？
(1)うまくいっている
(2)普通である
(3)どちらかといえば、うまくいってない
(4)全くうまくいってない

15，保清について
(1)きれいに保たれている
(2)まあまあきれい
(3)あまりきれいではない
(4)汚れている

16，ベットの周囲の環境はどうですか
(1)大変きれい
(2)まあまあきれい
(3)あまりきれいとは言えない
(4)汚れている

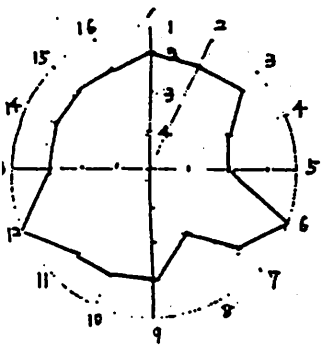
17，その他病院、看護婦、医師に対して要望を自由に述べて下さい

どうも有難うございました。

記入の内容については、個人のプライバシーを侵害しないように十分配慮しますのでご安心ください。

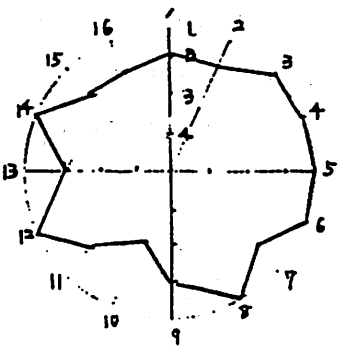
早い回復をお祈りします。

事例1



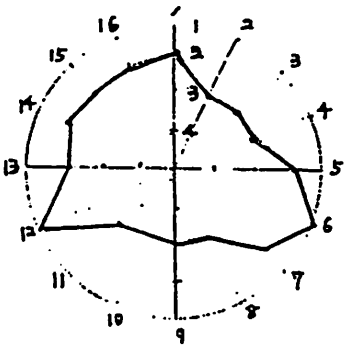
NO1 (3/18) 33ヨ

事例2

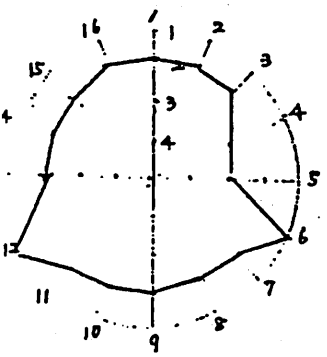


NO1 26ヨ

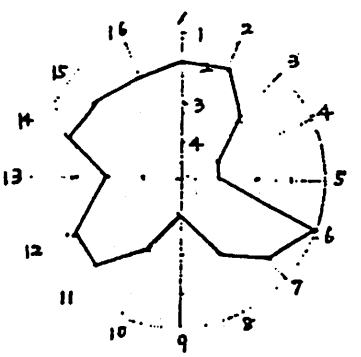
事例3.



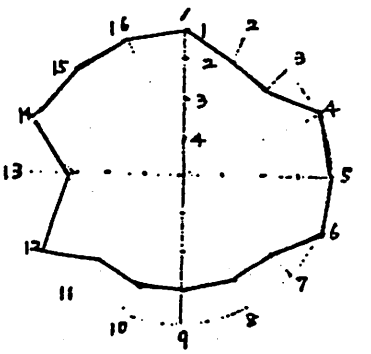
NO1 37ヨ



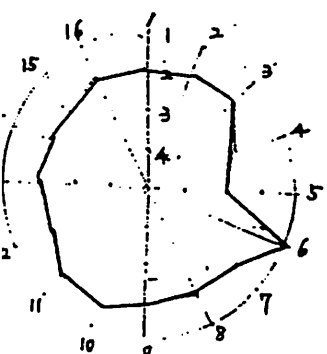
NO2 (9/3) 30ヨ



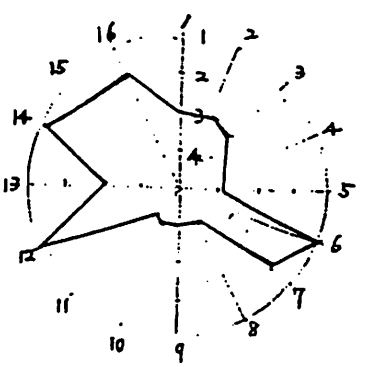
NO2 41ヨ



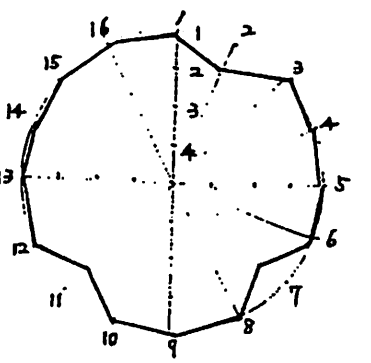
NO2 24ヨ



NO3 (9/17) 33ヨ



NO3 45ヨ



NO3 19ヨ

ＡＬＳ患者の退院に向けての取り組みをふりかえって

岡本病院 ()看護士 三浦光司　看護婦・神田浩子、阿南宏美
訪問看護ST・ 羽田野明美、栄養士・衛藤智子
ＰＴ・石丸知二 ＯＴ・ 佐藤まゆみ
ＭＳＷ・上好麻子他

在宅療養が推進されるなか、ＣＯＰＤや神経筋疾患による、呼吸管理を余儀なくされる患者さんの家庭復帰への対応が医療施設に要求されるようになってきている。　その障害が高度であればあるほど、シビアな対応が要求され、十分なサポート体制の確立が必要となってくる。

今回ＡＬＳ（筋萎縮性側索硬化症）により呼吸機能の低下を来し、レスピレーターの管理を余儀なくされながらも、呼吸装置の機種変換により、呼吸状態が安定し、サポート体制を確立することで在宅療養が可能となった症例を経験した。

退院に向けてのケアマネジメントを展開するにあたり、病院と地域医療サービス施設との連携の重要性と問題点を感じたので報告する。

効果的なケアサービスを目指して
－高齢者ケアサービス体制整備支援事業－

姫島村国民健康保険診療所
○副(そえ)しげ子、木野村(きのむら)とき子、高橋則子、
大海円(だいかい)、宮脇貴史、三浦源太、松本孝

【はじめに】

社会の高齢化はますます進み、２０２０年頃をピークとした本格的な高齢者社会の到来を目前に控え、医療・福祉・保健制度の見直しが注目を集めている。その中で平成１２年度から導入が予定されている「介護保険制度」は、これまでの医療・福祉・保健の仕組みを大きく変えるものとなる。医療・福祉・保健のサービスを総合的・一体的に提供し、「社会的適応」入院の是正、要介護者に対する社会全体の支援等が図られる。

介護保険では、在宅ケアも重視されているが、効果的なケアサービスを提供するには、要介護者の状態を客観的に、的確に評価すること、要介護者および介護者のニーズに沿った良質なケアプランを策定すること、適切な介護サービスを提供することなどが、必要である。

我々は、厚生省の「高齢者ケアサービス体制整備事業」として、ケアプランの作成を行った。今後、介護保険が導入された際のケアプランの実施に向け、ノウハウの獲得、およびシステムの立ち上げなど、興味深い情報を得た。これまでの取り組みについて報告する。

【目的】

介護保険によるサービス提供時には、通常、ケアプランの策定が前提となる。効果的なケアサービスが提供できるよう、ケアアセスメントの実施、ケアプランの策定および実施を行う。また、それぞれの作業について手順、実施のノウハウ、問題点、改善点などを検討する。

【対象および方法】

「高齢者ケアサービス体制整備事業」のうち「ケアマネジメント（在宅）調査研究事業」については、姫島村に居住し、現在、訪問看護・訪問医療の対象者の中から、特に介護の必要度が高い者を 10 人選定し、対象者とした。「24 時間対応型在宅ケアシステム調査研究事業」については、姫島村高齢者生活福祉センターに居住する者から２名、訪問看護・訪問医療対象者から１名を選定し対象者とした。以下にケアプランの策定・実施の流れを示す。

1：ケアアセスメント

「MDS-HC/CAPs (Minimum Data Set-home Care/ Client Assessment Protocols)」、および「厚生省高齢者ケア・プラン策定指針」を参考にした、姫島村独自のアセスメントシートを作成した(図1)。各項目の評価結果は「叙述式」でなく「選択式」となるように作成した。これを用いて対象者および介護者から聞き取り調査を行い、医療・健康状態、住宅環境、家族・介護者、食事・水分摂取、排泄、入浴・清潔・更衣、日常基本動作、服薬・受診、コミュニケーション、精神異常・行動異常、現在のサービスの各領域に関しての評価を行った。

アセスメントシートの情報から、CAPs を用いて問題領域を抽出した。

2：ケアプランの策定

抽出された問題領域毎に、ケアプランの策定の要、不要を検討した。策定の必要がある問題領域については、目標および具体的な介護サービスの内容を検討した。ケアプランの案ができた後、ケアカンファレンス（医師、看護婦、ヘルパー、役場住民課、等からなる）にてケアプラン案をチェックし、決定した。策定されたケアプランに基づき、介護サービス提供者のスケジュールを調整した。ケアプランを実施した際に出てくる問題点、要介護者および介護者の状態の変化などにより、ケアプランの変更の必要がある場合には、ケアカンファレンスにて再度検討することとした。

3：ケアプランの実施

医師、看護婦、保健婦、ヘルパー、高齢者

E 食事、水分摂取等に関するチェック

	チェック項目	本人能力	家人の介護	回号・メモ	検討
食事状態	食欲	1,2,3,4	—		
	食事回数	1,2	1日 回		
	1回の食事に要する時間	1,2	1回 分		
	食事の場所	1,2	1.食堂 2.寝室内 3.ベッド上		
	食事の形態	1,2	1.普通食 2.刻・きざみ 3.ミキサー可 4.流動食 5.その他		要・不要
栄養	食事の分量・栄養バランス	1,2	1.良 2.可 3.不良		
飲食	喫好・禁忌食品	1,2	1.なし 2.あり（ ）		要・不要
準備	食材の準備	1,2	充分・不充分		
調理	食卓まわりエプロンなどの準備	1,2	充分・不充分		
片付	調理	1,2	充分・不充分		
	後始末	1,2	充分・不充分		要・不要
嚥下	口に運ぶ	1,2	充分・不充分		
	咀嚼	1,2	充分・不充分		
	固形物の嚥下	1,2	充分・不充分		
	流動物の嚥下	1,2	充分・不充分		要・不要
おやつ	おやつつまみ準備	1,2	充分・不充分		
	おやつの後始末	1,2	充分・不充分		要・不要
水分	水分摂取回数	1,2	1日 回（夜間 回）、1日に約 cc		
	介護が必要な場合、要する時間	1,2	1回 分		
	就床の徹頭	1,2	就寝の宅頭（1.無 2.有）		
	水分・コップの準備	1,2	充分・不充分		
	コップや湯呑みで飲む	1,2	充分・不充分		
	コップなどの後始末	1,2	充分・不充分		要・不要
補助	視覚障害（メンシュア等）の補助	1,2	充分・不充分		
聴覚	聴覚障害（補聴、筆談）の見極	1,2	充分・不充分		要・不要
用具	食事（箸・スプーン・皿・その他）	1,2			
具	水分（コップ・お湯のみ・吸のみ・その他	1,2			要・不要
食	食事 （介護者の判断を記入）	1,2	1.自宅とは変わない 2.やや負担 3.かなり負担		
種	水分 （同上）	1,2	1.自宅とは変わない 2.やや負担 3.かなり負担		要・不要
新介護者の援助の可能					要・不要
その他（本人や家族の訴え・希望、疾病の分助の状態）					

「本人能力」は、1.自立、2.一部介助、3.全部介助、4.不明、または a.ある、b.ときどき、c.ない で記入

G 入浴、清潔、整容、更衣に関するチェック

	チェック項目	本人能力	家人の介護	回号・メモ	検討
移動	居室への移動	1,2	充分・不充分		
動	浴槽出入り	1,2	充分・不充分		要・不要
入浴	頻度	1,2	— 充分・不充分	一ヶ月に 回	
	入浴介助	1,2	— 充分・不充分	1回 分	
	洗身	1,2	充分・不充分		
	入浴援助等の確認点	1,2	—	1.無 2.有	要・不要
洗面	洗面場所	1,2	1.洗面所 2.居室 3.ベッド上		
	洗面までの移動	1,2	充分・不充分		
	洗面動作	1,2	充分・不充分		
・	口腔清潔（含みが多等）	1,2	充分・不充分		
口腔	うがい	1,2	充分・不充分		
	入れ歯の手入れ	1,2	充分・不充分		要・不要
髭	部分剃毛	1,2	— 充分・不充分		
	全面剃毛	1,2	— 充分・不充分		
剃	電動剃毛	1,2	— 充分・不充分		
	手動剃・髭剃	1,2	— 充分・不充分		
	顔部剃毛	1,2	— 充分・不充分		要・不要
洗髪	洗髪（入浴以外）	1,2	充分・不充分		
整	整髪・整容	1,2	充分・不充分		
整	整髪時の整容援助	1,2	充分・不充分		
整	つめ切り	1,2	充分・不充分		
整	髪剃り・化粧	1,2	充分・不充分		
	爪排除	1,2	充分・不充分		要・不要
更衣	衣服・靴などの準備	1,2	充分・不充分		
	ボタンの掛けはずし	1,2	充分・不充分		
	上着の着脱	1,2	充分・不充分		
	ズボンの着脱	1,2	充分・不充分		
衣	下着の着脱	1,2	充分・不充分		
	靴下の着脱	1,2	充分・不充分		
	靴の着脱	1,2	充分・不充分		要・不要
用	入浴用具	1,2			
具	整容用具、その他	1,2			要・不要
食	入浴 （介護者の判断を記入）	1,2	1.自宅とは変わない 2.やや負担 3.かなり負担		
	洗面・口腔清潔・整髪・整容 （同上）	1,2	1.自宅とは変わない 2.やや負担 3.かなり負担		
種	更衣 （同上）	1,2	1.自宅とは変わない 2.やや負担 3.かなり負担		要・不要
新介護者の援助の可能					要・不要
その他（本人や家族の訴え・希望、疾病の分助の状態）					

「本人能力」は、1.自立、2.一部介助、3.全部介助、4.不明、または a.ある、b.ときどき、c.ない で記入

図1　左・上：アセスメントシートの一部

生活福祉センターの職員などによる介護サービスを１月中旬から開始した。現在、介護サービスを提供しながら、ケアプランの妥当性や、ケアによる状態の変化などをチェックしている所である。

【結果および考察】

１：ケアアセスメント

対象者全員、およびその介護者に対して聞き取り調査を行った。聴取拒否はなく、協力的であった。評価の基準が一定していないことが最大の問題であったが、評価項目をなるべく細かく分けることで対応した。厚生省の「高齢者ケア・プラン策定指針」の評価項目だけでは、情報が足りない印象を受けた。

２：ケアプランの策定

要介護者および介護者のニードが、必ずしも、医学的に必要なサービスと一致しないことが重要な点であった。今回は無理に高い目標を設定せず、要介護者・介護者の了解・同意が得られるレベルを目標とした。今後、ケアサービスの実施に伴い、次第に高い目標へとレベルアップを考えている。

また、ケアプランの内容が「思い付き介護」にならないよう、要介護者の問題点の本質を改善するようなケアを策定することを心掛けた。

３：ケアプランの実施

まだケアプランを実施し始めたばかりであるが、姫島村ではこれまでも診療所、在宅介護支援センター、高齢者生活福祉センターのスタッフによる、訪問医療、訪問看護、ヘルパー派遣などの実績があるが、綿密に計画されたケアプランを実行するには、マンパワーがやや不足気味である。

【結語】

介護保険の導入に伴い、「ケアプラン」の策定・実施が重要になる。そのためには、誰が担当するのか、どのようにケアアセスメントを行なうのか、効果的なケアプランの策定方法、等に関して周到な準備が必要である。今回の事業で得た情報・ノウハウを有効に利用し、介護保険が導入された際に効果的なケアプランの実行の一助としたい。

WWW大分保健福祉情報ネットワーク

○島岡　章　（大分医科大学公衆・衛生医学，医学情報センター）
田中　妙　（大分医科大学地域看護学）
志賀たずよ（大分大学大学院）

1．はじめに

高齢化社会を迎えて，地域の保健福祉サービスはますます多様化し，さまざまな職種の参画が求められ，利用者である住民への働きかけや，住民からの要求も多様化してきているため，さまざまな分野の情報を収集し活用することが必要となってきている．そこで，インターネットのWWWが持つ，いつでも，だれでも，どこにある情報でも自由に入手できるという利点を使って，地域の保健福祉医療スタッフや地域住民が，必要とする保健・福祉・医療の情報を，容易に入手できるような「地域保健福祉情報ガイド」を作成・提供し，地域の保健福祉医療の水準の向上に役立てたいと考え，設計をした．
また，この仕組みの中で，掲示板やニュースなどの情報交換の場を作り，広く関係者の情報の収集，提供，交流の場にしていきたい．

2．実現までの手順

(1) 保健福祉医療関係の情報を，体系だてて整理し，さまざまな職種や一般の人々が，求める情報に到達しやすいようにガイドするメニューを作成する．

(2) インターネット上に存在する関連情報を調査して，上記のメニューに合わせて整理したリンク集を作成する．

(3) 不足する情報を提供するよう，情報源を持つ組織や仲間に要請する．

(4) 情報源を持つ組織や仲間などが，情報提供できない場合は，許可を得て，必要な情報を代理入力する．

(5) 掲示板，メーリングリスト，個人のホームページの登録など，関係者がお互いに交流できる仕組みを持たせる．

(6) 全文検索エンジンを持ち，必要な情報を検索できるようにする．

3．提供される情報とその構成の特徴

大分保健福祉情報ガイドホームページ(http://www.oita-med.ac.jp/health/index.html)は，次のような特徴を持つ．

(1) マルチデシプリナリー

保健活動に関係する情報を主たるターゲットとし，関連する福祉・医療の情報も含めて，幅広い分野の情報を提供する．

(2) ユーザオリエンテッド

このガイドは，単なるツリー構造のリンク集ではなく，情報源から入ったり，特定のテーマから探したり，関連するページから相互乗り入れ的にアクセスできる，重複させたアプローチをとるｗｅｂ状のガイドであり，目的の情報に容易に到達できるように設計されている．求める項目が掲載されているページを探し出す検索機能も計画さ

れている．

(3) インタラクティブ

メーリングリスト，質問コーナーや，掲示板，ホームページの登録機能を提供することにより，単なる情報の入手という一方通行ではなく，情報の交換，情報の提供という双方向の機能をも持たせている．

4．問題点と解決すべき課題

(1) 情報の提供源の確保

WWWは，情報を持つものが自らホームページを開いて情報を提供するのが原則であるが，インターネットがまだ保健福祉の組織や現場職員に普及していないこともあって，必要とする情報が不足している．そこで，所属組織にインターネット接続を要請し，現場スタッフに情報提供を要請するとともに，（許可を得て）代行入力をする．

(2) 講習会

インターネットを使える環境にない関係者に対して，WWWの説明，インターネット接続利用の案内，WWWブラウザの使い方，ホームページの作り方などの教育が必要である．それによって，彼らの組織がインターネットに加入し，情報の提供や交流を広げていくきっかけとなると思われる．

(3) インタラクティブ機能の提供

人と人の交流を広げていくことができるのは，インターネットの持つ強力な機能である．ニュースグループ（掲示板）やメーリングリストによって，同じ悩みを持つ仲間と交流できたり，さまざまな領域の見知らぬ専門家の助言を得ることができたりして，専門領域のノウハウが蓄積されていく．
また，さまざまなホームページの存在や更新に関する情報伝達も早くなる．さらに，各自がそれぞれのホームページの作成をするときのサポートが得られるので，共有できる情報量を増やしていくことができる．

(4) オフラインシステムの開発

現時点では，インターネットの基盤が貧弱なので，保健福祉医療関係のスタッフがこのシステムを十分に使えない可能性が高いと思われる．そこで，このガイドを通して得られる情報の主要部分をディスクやＣＤ－ＲＯＭに落として，オフラインで現場で利用する方が現実的には有益であると思われる．そのためには，情報提供者の許可を求める必要がある．

5．将来の計画

現段階では個人の健康情報は扱わないが，将来的には，訪問看護や在宅療養，在宅介護を行う際に，個人の健康情報をスタッフが共有することは，看護・介護の質をあげ，ひいては要介護者にとってもメリットとなるものである．個人情報の暗号化や個人情報にアクセスできる有資格者の認証システム，健康情報データベースへの登録・検索機能を備えたスタッフ専用のWWWページを作り，医療機関も含めて，個人の健康情報の共有ができるようにしていきたいと考えている．

大分保健福祉情報ガイド（OHWI）
Oita Health and Welfare Information Guide

＜情報源＞
国，大分県，県内市町村，他県自治体，組織・団体，施設，民間サービス
民間サービス，大学・学会，出版物，ニュース，仲間，掲示板

＜テーマ別　＞
・母子保健
　妊婦検診，乳児検診，予防接種
・成人保健
　がん，糖尿病，心臓病，脳血管疾患，健康診査
・老人保健
　豊の国新ゴールドプラン，大分県の老人保健福祉施設，
　老人訪問看護，在宅介護，老人保健福祉サービス，痴呆性老人
・感染症
　感染症，結核，エイズ，ＳＴＤ，感染症サーベイランス
・保健職種
　仲間のホームページ，研究会・学会，進学希望者，参考書，求人求職
・その他
　喫煙，アルコール，覚醒剤，健康づくり，栄養，歯科保健，難病
　救急処置・救急相談・救急マニュアル
　精神保健，産業保健，衛生統計，健康マップ，保健活動スケジュール

＜福祉＞
大分県内の福祉施設，老人福祉，母子福祉，身体障害，精神障害，
福祉団体

＜地域医療＞
大分県内の病院・診療所，休日夜間当番医，家庭看護，臓器移植，献血
医療費，患者会・難病団体

＜一般向け＞
質問コーナー，参考書，健康度測定，保健活動スケジュール，医学知識

・インターネットの散策（検索もできます）
・大分の情報のページ

大分県総合リハビリテーション連絡協議会の活動

別府発達医療センター所長　　○佐竹孝之
（大分県総合リハビリテーション連絡協議会会長）

発表の目的

大分県総合リハビリテーション連絡協議会は平成元年１１月に行われた第７回九州リハビリテーション交流セミナーの実行委員会を基礎に、平成２年に発足した。高齢化社会を迎えようとして福祉の在り方が大きく変わろうとしている時代に、高齢者、障害児・者、の医療と福祉の両側面に深く関係する総合リハビリテーションの意義は大であり、総合リハビリテーションにかかわる各分野の相互の連携をはかることを趣旨として活動を行うこととした。このように発足の当初からの基本的テーマはまさに医療・保健・福祉のネットワークであった。今回、大分県地域医療研究会のテーマに即して、大分県総合リハビリテーション連絡協議会のこれまでの活動を振り返り、検討を加えた。ここにその概要を報告し、ご批判をあおぎたい。

１）大分県総合リハビリテーション連絡協議会発足の経緯

実践的なリハビリテーション（以下リハと略す）では障害者の実生活に関連した多様な問題に直面する。そのため、リハは多専門職によるチームアプローチを原則としている。このいわゆる「チーム」は単に一病院内におけるリハ・チームに止まるものでなく、リハの過程の色々な段階において組み替えられて行かなければならない。例えばひとりの障害者が病院から出て就労を考えるときには病院内のリハ・チームは職業的リハ・チームとの連携の中で、リハ過程を進めることになる。また、ある障害児が早期療育の場面から就学時に至ると、早期療育チームは教育的リハとの連携を考える。最近では、お年寄りが在宅生活を始めるに当たっては病院リハから保健・医療・福祉の支援システムを核とした地域リハ・チームへの橋渡しが検討されるようになってきた。これらのことは現在では当然のこととして理解されているが、従来、必ずしも理想的には進まない状況が多々あったと考えられる。むしろ、それぞれの分野の中ではそれぞれうまく進められたリハの結果が、次の分野との連携がうまく行かないために十分に生かされないという事態の方が多く見られたのではないかと思われる。リハビリテーション交流セミナーはリハの過程で生じるこのような事態をできるだけ無くするようにしようとする問題意識で始められている。

もともと、全国規模で東京を中心にしてリハビリテーション交流セミナーが行われていたが、昭和５７年に福岡で開催された後にその実行委員会が基礎になって翌年、第１回九州リハビリテーション交流セミナー開かれることになる。この交流セミナーは福岡中心に行われていたが、九州各地への持ち回りとなって平成元年に大分県で第７回が開催された。その内容は平成２年７月に発行された第７回九州リハビリテーション交流セミナー報告書に詳しい。その後、全国規模のものが福岡で開かれた際と全く同様に、九州リハ交流セミナーを主催した大分での実行委員会がそのまま解散して消えてしまうのは惜しいという考えから、大分県総合リハビリテーション連絡協議会の発足へとつながって行くことになった。リハビリテーション交流セミナーの狙いは障害児者を取りまくネットワーク作りにあると考えられるが、上にみた過程のように、ネットワーク形成が全国版が九州版へ、九州版が大分県版へとより細やかなエリアでのネットワークへと収斂してきたことになる。保健・医療・福祉の地域支援ネットワークが強調される昨今を考えると交流、連携の網目が

より細やかになっていくべきことを示しており興味深い。

2）会則に掲げる活動内容と組織上の特徴

会則の第3条に掲げる会の目的は次の通りである。

「大分県における心身に障害を有する人々のリハビリテーションを効果的に実践するため、県下のリハビリテーション関係者間の連携と交流を図り、相互理解・協力して医療、福祉、保健、教育など総合リハビリテーションの発展に寄与することを目的とする」

また、第4条の目的達成のために行う事業として次の事項を上げている。

（1）県下のリハビリテーション関係者間の交流・研修の機会として研究会やセミナーを開催する。

（2）地域リハビリテーションに関する調査、研究を行うほか、資料その他の情報を収集し相互に伝達、紹介を行う。

（3）リハビリテーション思想の普及のための公開講演会などを開催する。

（4）県下の地域リハビリテーション進展のための技術的協力を行う。

（5）その他本会の目的達成に必要な事業を行う。

以上のような会則をもつ会であるが、リハに関係するのはひとり専門職にに限られるものでなくリハの過程には障害をもつ当事者あるいはその家族のかたがたの参加が必須である。また、仕事の内容は個々人にかかわることが多く、一人々々の気持ちや意思が尊重されることが望ましい。そのような基本的な考え方のもとに,参加する会員個人を原則とし、団体連合の形態はとらないことになっている。従って、リハに関係する専門職集団としては例えば理学療法士会、作業療法士会などの団体があるが、それらの団体が団体として会に参加しているという形態にはなっていない。

また、設立の経緯や会の目的に触れたようにリハの領域を医療的リハに限ることなく、社会的、職業的、教育的リハビリテーションを視野にに入れ、地域リハの進展を事業のなかに含んでいることから名称に「総合」という文字を付している。

3）リハビリテーションと福祉との関連

リハビリテーションの本来の語源は「人間の尊厳を復活」にある。不幸にして事故や疾病によって障害をもつことによって人間としての尊厳を失った人々が、「さまざまな形の援助」と自身の努力によって、いくつかの段階を経て再度、人間の尊厳を復活することがリハビリテーションの過程である。このさまざまな形の援助の多くは、社会的には福祉制度として位置付けられていることが多い。従来、福祉は「福祉の心」とか「福祉の理念」など形而上的に捉えられるか、「福祉制度」として社会学的に語られることが多かった。一方、障害者に対する「さまざまな形の援助」としてのリハビリテーションはリハ医学に典型的に見られるように科学の分野のもにであり、いろいろな分野で作り上げられた技術が主なる構成要素である。例えば一般にリハビリ呼び習わされている理学療法や作業療法の訓練はそれぞれ理学療法学や作業療法学に基づく技術で実施されている。このことは職業的リハ、社会的リハ、教育的リハのそれぞれの分野についていえることである。そして、リハの技術によって作り出された、車椅子や義肢装具などのリハビリテーション機器が福祉制度の中では身体障害者手帳に基づいて支給されているのよく知られている通りである。このようにリハビリテーションは福祉を支える科学的、技術的分野であると考えてよい。近年、福祉の中に技術的側面が注目されて、社会福祉士、介護福祉士という国家資格の技術専門職の制度が作られたことは記憶に新しい。保健、医療、福祉の連携を語られるとき、それぞれの分野を通底させるのはリハビリテーションというパイプであると考える。

4）総会で取り上げた記念講演のテーマをめぐって

平成２年１１月の設立総会では記念講演として「ノーマライゼーションの世界」というテーマで「障害者は今」などの著書がある大野智也氏を招いた。平成３年度総会では「リハビリテーション交流の意義」のテーマで障害児療育では全国的に名の通った高松鶴吉氏の講演を聴いた。以後、平成４年は「フォーラム’９２」で会の今後を語り、平成５年は「身障者や高齢者の生活環境を作る」、平成６年「知的障害者の社会参加について」、平成７年「大分県福祉の街作り条例について」、平成８年「障害者プランと大分県の現状」というテーマを取り上げている。ここに見られるように当初は遠来の講師を呼んでの講演を組んでいたが、最近の数年は大分県内の状況に合わせて具体的なテーマを取り上げている。ここ２年間は県の行政関係者から、講師をお願いし、県の福祉行政の歩みに合わせたテーマ設定である。

5）ミニセミナーなどの活動と取り上げたテーマ

会の通常の活動として年間３回のミニセミナーの開催とテーマを設定しての研究活動および機会があれば随時、会活動に関連する講演会を開催、会誌の発行をおこなってきた。

a)ミニセミナー

ミニセミナーに取り上げたテーマをすべて列挙することはスペースの関係で困難であるが、以下にいくつかのテーマを拾い上げた。「心身障害児の早期療育システム」「高齢者のリハビリテーション」「障害児教育の今日的課題」「身障者とハイテク」「中津市における高齢者の地域リハ」「日田地区における知的障害者の社会参加」「在宅介護におけるイレクターの活用」「障害者基本法を考える」「精神保健の今後」「ボランテイアについて」。このようにテーマは小児から高齢者に、障害種別も身体障害から障害者基本法に盛り込まれた精神障害者の問題も視野に入れている。一時期は地域性を考慮して中津や日田に出向いてのミニセミナー開催を試みた。また、ハイテク機器を障害者支援にどのよう取り込んで行くかということは今後も重要なテーマであると考えられ、２度取り上げたが、このミニセミナーが一つのきっかけとなって県身障センターに障害者のためのワープロ講座が設置されるという結果を生んでいる。

b)随時取り上げた講演会やワークショップ

会活動に関連するテーマに沿って講師が身近に得られる機会があった際に随時ワークショップを開いたり共催で講演会を開催したりしてきた。1990年（平成2年）にアメリカ合衆国で画期的な障害者に関する法律「障害をもつアメリカ人法（ADA）」が成立したが、それ推進した一人であるマイケル・ウインター氏の来日を機会に大分県でも「走り出したＡＤＡ」という講演会が平成４年に開催されたが、本会も共催者になって開催に一役かった。その内容は大分合同福祉事業団から発行した「走り出したＡＤＡ」という小冊子にまとめられている。平成６年に特別研修会として「イレクター製作実技研修」を、また平成７年には「ワープロやパソコンを活用した障害児教育への実演指導」を開催した。

c)その他

会の活動の一つとして会報の発行は重要であり、会報編集委員会を設けてこれまで８号の会報を発行した。

6）研究活動の成果

これまで研究助成を受けて研究活動を2回行った。

平成４年に富士記念財団研究助成をうけて「身心障害児および障害リスク児童の追跡調査と総合援助対策に関する研究」を別府大学短期大学部教授金子進之助先生を中心に会の

メンバー、県児童相談所、保健所などからの参加で実施した。1993年（平成5年7月）にその報告書を作成配布した。また、同年9月に、この研究結果を中心にして「よりよい地域療育をめざして」――早期療育システムはどうあるべきか――を開き、その内容は同名の冊子にして配布した。

平成5年には安田海上火災記念財団から助成をうけて「知的障害者の社会参加促進のための総合リハビリテーションネットワーク事業」のテーマのもとに保護者部会、施設部会、企業部会、療育部会、教育部会の5部会を設置して実践的研究を行い、情報収集と問題点の点検を行った。同年11月に知的障害者の社会参加と自立」とテーマでシンポジュウム開催した。

7）パソコン通信の活用とその経過

ハイテク機器を障害者支援に積極的に取り入れて、障害をもつ方々の社会参加や生活自立、情報通信機能の拡大さらにはQOLの改善の可能性を広げて行くことはハイ・テクノロジーが急速に進歩している現代では大変重要な課題であると考えられる。上のような観点から、これまで2度にわたってこのテーマをミニセミナーに取り上げている。ミニセミナーの中で、音声発生装置を用いた視覚障害者の方々の情報通信の可能性が示唆され、パソコン通信を通して視覚障害者と聴覚障害者とのオンラインでのコミュニケーションが可能であるいことがわかった。また、阪神地区の大震災の際にパソコン通信が活用されたことは記憶に新しい。これらのことから障害者の方々がパソコン通信の活用ができるように検討を進めることが必要であると考えられた。さらに、これまで本会が目指して来た、リハ交流にとってもオンラインを通しての情報交換や議論の展開は会の活動をより多元化してゆくであろうと考えられた。

以上のような考えのもとに大分県下で活発に稼働しているコアラ内に会議室を設けることし、オンラインでのコミュニケーションの可能性を追及することにした。コアラにおける会議室「障害者プランを考える」（PLAN）は平成8年11月に設置してまだ日が浅いが、広く地域福祉、地域リハの関係者のアクセスを待っている状態である。最近、障害者リハビリテーション協会を中心に障害者ネットの構築が進められており、本会の事務局がある県身体障者福祉センターにそのネットにつながる情報受信と発信の装置が設置された。これらの通信システムを通して今後はますます保健・医療・福祉間のネットワークが広がって行くことを期待している。

8）今後の課題

a）組織原理に関して

本会の組織はいろいろな団体・組織の連合体ではなく、会員は基本的には個人参加という形をとっており、個人を基礎とした緩やかな交流組織という組織原理で動いている。そのため固定的な会員が活動しているという状態になりにくい。むしろ組織は柔軟で流動的である。この組織的特徴を生かして活動して行くにはきめの細かい情報の交換と発信が必要である。

b）地域性の問題

地域の保健・医療・福祉の連携を支えてゆく総合リハビリテーションの交流は、個々の限られた範囲の地域内でまさに顔が見えるような形での交流がのぞましい。本会は今だに大分・別府に中心をおいている状態である。前に触れたように一時、中津地区、日田地区でミニセミナーを開催したが、地域性をどう考えて行くかは一つの課題である。

c）テーマのたて方

総合リハはさまざまな分野の問題を広く視野に入れることになる。そのため取り上げる

テーマも多岐に渡ることになり、取り上げたテーマによっては全く異なった方々が参加するようなことも生まれている。さまざまな分野にかかわる人々が交流できるような共通の問題意識に基づいたテーマのたて方はなかなか困難である。今後も課題として追及しなければならないと考える。

d) 障害者プランの検証

上にみたように共通の問題意識に基づいたテーマのたて方は大変難しいが、一昨年末に打ち出された障害者プラン――ノーマライゼーション７ヵ年戦略――は、その内容からみて多分野にまたがる共通のテーマを含んでいる。このプランに盛られたことが一定地域にどのように形作られてゆくかということを検証することは、本会の活動として時代にマッチしたテーマであると考えられた。パソコン通信で、コアラにのなかに会議室「障害者プランを考える」を設置したのはそのためであるが、これが活用されるようになるかどうかはこれからの課題である。

耶馬渓町における医療・保健・福祉間のネットワークの現状と問題点

耶馬渓町保健センター　○井本早苗　中野きよみ
河野恵子　宮子奈己
耶馬渓町特養やすらぎ荘　松本由紀子
耶馬渓町国保山移診療所　飯尾文昭　山下暁美
相原佐美子

1.はじめに

耶馬渓町は高齢化率が28.7%に達し、総面積183.7km^{2}の広い山間の過疎の町である。町の健康福祉対策も年々推進されているが、医療・保健・福祉の連携も含めて、地域住民にとって必ずしも満足のいくものとは言えないのが実情である。今回私自身の5年間の訪問看護についてふりかえり、また医療・福祉の関係者にも協力していただき耶馬渓町における医療・保健・福祉間のネットワークの現状と問題点について明らかにし、改善点について考察した。

2.目的

町の医療・保健・福祉の各々の現状と問題点について明らかにし、ネットワークの改善点について考察する。

3.対象及び方法

医療、保健、福祉について各施設関係者に、現状と問題点について調査を依頼した。医療（山移診療所）
保健（町保健センター）福祉（特養、デイサービス）
また自分自身の訪問看護5年間の記録についてまとめ、現状と問題点を検討した。

4.結果

①耶馬渓町の医療・保健・福祉の現状（図1）

医療機関は全5ヶ所でいずれも無床診療所である。2次医療は中津・日田市に、3次医療は大分市、県外に依存している。

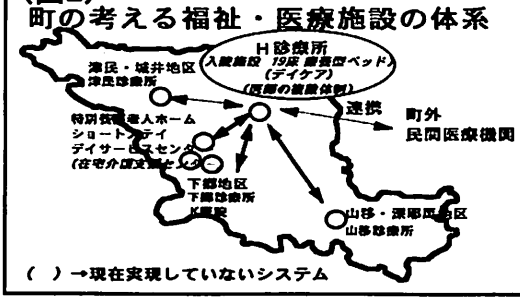
（図1）
耶馬渓町の医療・保健・福祉体制

1. 耶馬渓町の概況
人口　5,934　人　65歳以上の高齢化率　28.7%
面積　183.7km^2　≒中津市、三光村、本耶馬渓町の総面積
2. 医療の現状
5カ所の無床診療所
町営 2　農協営 1　民間営 2
3. 保健の現状
町保健婦3名、訪問看護婦1名による活動
健診（総合健診・大腸がん健診）
健康教室（高脂血症・糖尿病・大腸がん）リハビリ教室
4. 福祉の現状
特別養護老人ホーム「やすらぎ荘」デイ・サービス（訪問入浴）
11名のヘルパーによるホームヘルプサービス

②町の考える福祉・医療施設の体系（図2）

H診療所を核とした、医療体系を構築し、福祉施設、他医療機関と連携を計る。

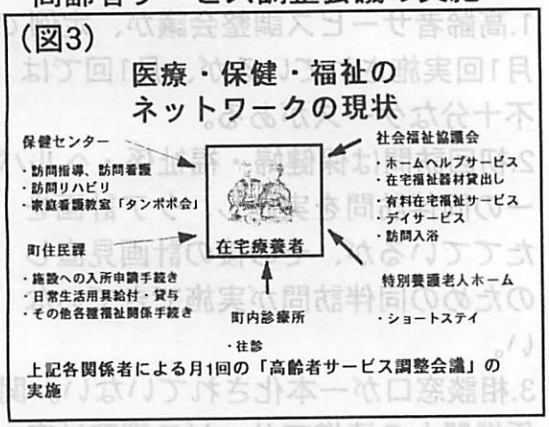
（図2）
町の考える福祉・医療施設の体系



③ネットワークの実際（図3）

町住民課、保健センター、医療機関、社協、特養関係者による連携。
→高齢者サービス調整会議の実施

（図3）



④医療の問題点（図4）

・町の考える、医療の核となるH診療所は、現在機能していない。

・一次医療機関である、町内の各診療所間の連携はほとんどない。

・2次医療機関との連携も十分ではない。→かかりつけ医の不在

・保健・福祉との連携も十分ではない。→ケアマネジメントは困難

（図4）

地域医療の危機

半町営診療所 閉院へ

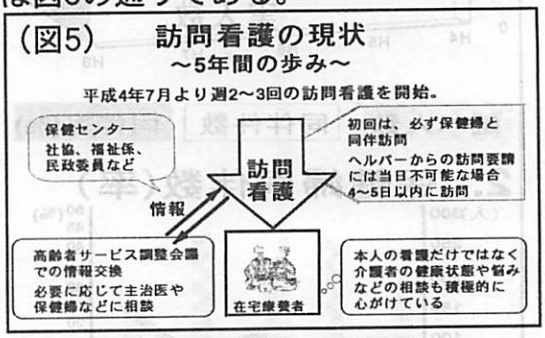
資金難、施主が「手引」

増築ストップ、医師

⑤訪問看護の現状～5年間の歩み～

平成4年7月より週2日の訪問看護がスタートした。当時は週2日のうち1日は、寝たきり者の訪問入浴サービスの専任看護婦として、もう1日は従来の訪問看護として実施していたが、6年7月より入浴サービスがデイサービス事業として実施されるようになり、その後週2～3日の訪問看護として現在に至っている。実施状況は図5の通りである。

（図5）　訪問看護の現状
～5年間の歩み～



⑥訪問看護の実施状況（図6）

これまでの5年間の訪問看護（平成4年7月～8年12月）について訪問の実人数、延べ人数、その平均、また訪問時に保健婦と同伴した件数、ヘルパーと同伴した件数について検討した。

訪問実人数；年間34～74人（年平均64人）であった。

訪問延べ人数；年間134～262人（年平均228人）であった。

保健婦同伴数（率）

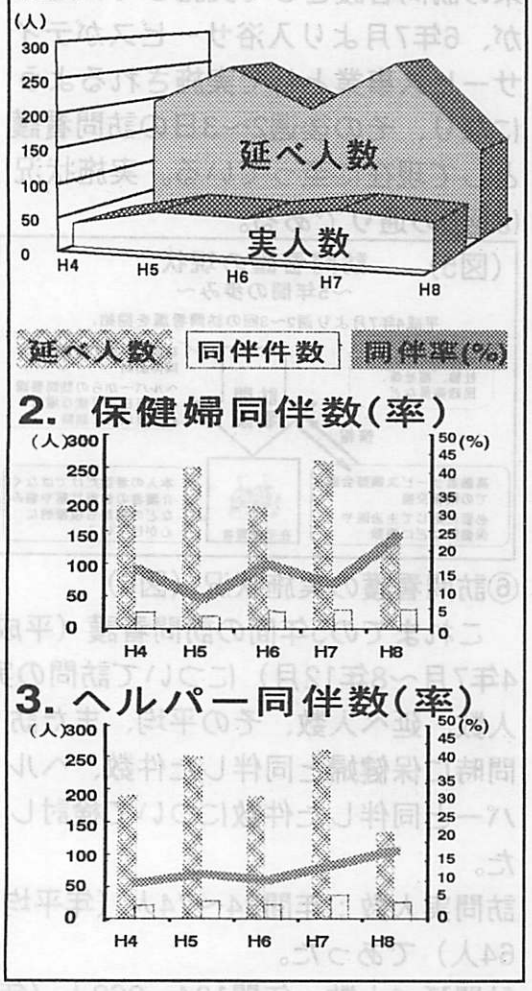
初回訪問時は必ず同伴しているが、年度毎に増減はあるものの、割合としては徐々に増えている印象であった。

ヘルパー同伴数（率）

保健婦同伴率に比し、低いものの年々同伴率は上昇している。

実際の現場では、患者教育を含めた同伴の依頼を受けることが多い。このことは、福祉のケアにおいて、保健・医療面のニーズが増加していると考えられた。

(図6)



⑦訪問看護の問題点（図7）

(図7)

訪問看護の問題点

1. 地利的、勤務日数の問題等があり、定期的に訪問ができない。
2. 定期的に訪問できないため訪問看護ステーションからの訪問看護を紹介するも、利用者が少ない。
   (利用料、いろいろな人が家の中に入ることを嫌う)
3. 高齢者サービス調整会議が、月1回の定例のため連携としては不十分である。

⑧保健・福祉の問題点（図7）

特に訪問看護や特養でのケアの上での問題点について列挙した。

保健

1.高齢者サービス調整会議が、定例で月1回実施されているが、月1回では不十分なケースがある。

2.初回訪問は保健婦・福祉係・ヘルパーの同伴訪問を実施し、ケア計画をたてているが、その後の計画見直しのための同伴訪問が実施できていない。

3.相談窓口が一本化されていない。関係機関との連携でサービス調整は実施されている。しかしサービスを受ける側はどのように思っているのだろうか。

4.保健・福祉を担う中核的医療機関がない。

福祉（やすらぎ荘）

1.入荘申し込み時に提出された診断書が、入荘時に使用されることが多いが、診断日時が入荘の数カ月前であったり1年も前であったりすることがある。（待期が長いため）
入荘時には最近の投薬の内容や治療の経過についての情報が欲しい。

2.ショートステイの場合生活の場がホームに移るだけで医療面は引続きかかりつけ医にお願いするという考えでお世話させていただいているが、以下の問題がある。

・ショートステイが長期になる場合がある。

・介護上必要な医療面の情報が家族からだけではわかりにくい。

・入荘中容態が急変することがあり、往診を願ったりする。
ホーム内に嘱託医がいるので、入荘の際かかりつけ医と嘱託医との間の情報交換が充分行なわれれば解決すると思う。

⑨医療側からの改善への試み

これまでの内容から総合ケアのための情報の共有が、特に医療面において不足していると考えられた。そのため徐々にではあるが以下の2点について改善を試みている。

・サービス調整会議に他診療所医師の参加の要請

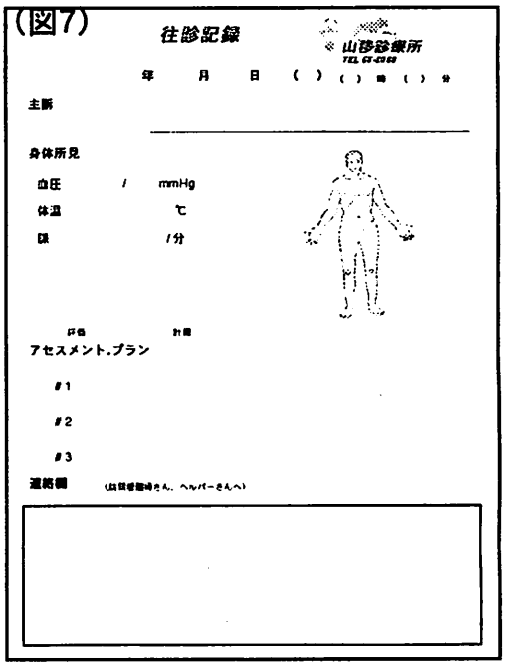
従来は町内5医療機関のうち、山移診療所医師のみの参加であった。これではケアに関する情報も山移・深耶馬地区に限定される傾向であった。そのため他地区の医師にも働きかけ、97年1月より下郷診療所医師も参加することとなった。

・往診記録作成による情報の共有の試み（図7）

従来、訪問看護婦・ヘルパーが記録していたケースの「訪問記録」に、山移診療所が往診にでた場合、同記録に往診記録を残すようにした。（96年10月より）これによってケースの病態評価の情報の共有化と共に連絡欄での連絡も試みている。

しかしこれにはプライバシー保護の課題も残る。

（図7）



⑩まとめ

以上、町の医療・保健・福祉の各々の現状と問題点について明らかにした。
以下にまとめの4点を記す。

1.福祉のケアにおいて、保健・医療面のニーズが、増加していると考えられる。
2.総合ケアのための情報の共有が、特に医療面において不足している。
3.医療・保健・福祉関係者により実施されている「高齢者サービス調整会議」は月1回では不十分である。
4.医療・保健・福祉間のネットワークの改善には、まず人的交流の改善が必要である。

日田保健所管内における在宅支援ネットワークについて

○野田礼子　大城佳代　足立佐智子　日野洋子　長尾友子　河野千香
遠入玲子　朝川福美　長野久美子　近田アヤ子　後藤朗　（日田保健所）

〔はじめに〕

後期高齢者の増加、難病や重度心身障害者の高齢化により、在宅ケアのあり方が課題とされている。

在宅ケアとは、「保健・医療・福祉的条件を生活条件に合わせて、家庭生活という場を中心として、その地域性に根ざして統合するケアである」といわれている。

今回、クモ膜下出血をおこし、右側片麻痺、言語障害、嚥下障害、経鼻カテーテル挿入中の７６歳・女性の在宅ケアに関わった。介護者は、７８歳の夫で、「自宅で妻を看たい。」という強い希望のもとに、入院中より在宅ケアの準備はスタートした。

介護者・夫の意思を尊重しての在宅ケアは８ヶ月を経過し、ケースの病状の改善とともに地域を巻き込んだ支援ネットワークは定着しつつある。関係者は、このケースを通し、在宅ケアのあり方を再認識した。これまでの関わりについて報告する。

〔ケース紹介〕

・氏名・性別・年齢
　石○一○氏　女性　７６歳
・病名
　クモ膜下出血　ウイリス動脈輪閉塞症
・家族構成及び家族歴

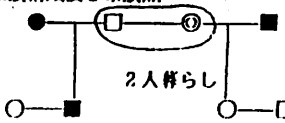


図１

介護者・夫（７８歳）とは再婚同士
二人の間に実子はなく、ケースの子供は
愛知県豊田市在住
夫は　４０年間旅館で料理長として、勤務後退職
親戚並びに近隣とのつきあいは、全てケースが行っていた
夫はH8.7-高血圧にて内服治療中

・病歴及び治療歴
　H３～４年ごろより高血圧にて１病院に通院
　H７.２.14 クモ膜下・脳室内出血、ウイリス動脈輪閉塞症発症しＳ病院へ入院。
　H８.５.10 右側片麻痺、言語・嚥下障害あり、経鼻胃チューブ挿入、全介助の必要ありの状態にて退院
・経済状態
　ケース　　国民年金受給
　　公的サービス
　　特定疾患受給者
　　おむつサービス利用
　　３６００円／月
　　身障手帳申請中
　　特別障害者手当支給
　　２４６３０円／月
　　退院直後よりヘルパー派遣
　　個度利用（H8.9-負担金無料）

〔ケース支援〕

１．関わりまでのプロセス

入院生活が１年経過し、ケース及び夫は、在宅での生活を希望したため、在宅介護支援センターへ相談する。

在宅介護支援センターのソーシャルワーカーは、在宅ケアに向けて、社会福祉協議会へホームヘルパー派遣について協力を要請するとともに保健所・市役所の保健婦にも連絡する。

又、保健所は、医療機関より脳卒中情報システムを通じても連絡を得る。

各関係機関が情報を得て、支援に向けての体制が整う。

各関係機関が独自に関わり、サービスを提供するのではなく、情報把握後、必要と考えられる機関へ連絡したことが、在宅ケアをともに支援していく一員であるという意識を高めることにつながった。

２．退院前の介護訓練

夫は、在宅ケアでの技術力を習得するため、退院前に看護婦より介護訓練を受ける。

実習内容は
(1) 経鼻胃チューブからの与薬
(2) 経鼻胃チューブの交換
(3) おむつ交換
(4) 寝衣交換
(5) 食事介助
などである。

この結果、夫は介護技術力を身につけ、経鼻胃チューブの取り扱いについては突然抜管した時にも対応できるようになる。夫からは、「これで安心です。」という言葉が聞かれ、介護技術力の習得は、夫の在宅ケアへの自身を高め、意欲の向上となった。

さらにホームヘルパーも、生活支援のために病棟にて主に経鼻胃チューブの取り扱いについて指導を受けることで適切なケア技術を習得した。

３．ケア会議の開催

退院前に病棟で夫、関係者の参加のもと、ケア会議を開催する。主治医の指示を得て、各関係機

関の役割、ケア方法、日程等について検討し、支援計画をたてる。　退院前より支援体制が始動したことで、スムーズに在宅ケアをスタートすることができた。　退院後はケース宅にて1回／月のケア会議を開催する。保健婦より、地区の民生委員に声かけを行い関係者に加えて、毎回の参加となる。　自宅での会議は、ケース・夫を不在とすることなくケースの状況、環境を的確に把握した上で関者の意見を尊重したケア計画をたてることができた。　又、効果的な方法によるケアの実施につながり、同時にケースの病状改善もみられた。

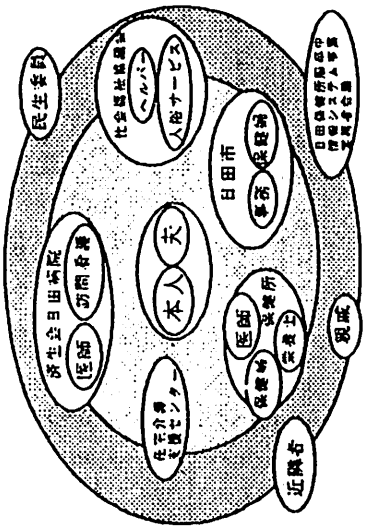


図2　ケアネットワーク図

4．「ふれあいノート」の作成

ベッドサイドに「ふれあいノート」を置き、関係者が訪問時のケースの生活状況、反応、実施したケア、気付いた点等を記録する。　ケアの際に必ず関係者が目を通し、記録することにより、訪問日以外のケースの細かい変化等を把握し、それをふまえた関わりができた。　又、毎日の記録から判断した問題点をケア会議の中で検討する等有効的な利用ができた。

5．地域づくり

保健婦が民生委員にケア会議の出席を促したことにより、民生委員のケースへの関わりが始まる。民生委員は、会議の場所がケース宅ということもあり、毎回参加する。　又、時々訪問し、夫の話し相手になったり、夫の外出時には、留守番をすることもあった。そして現在では、民生委員以外の近隣者も訪問するなど近隣での支援意識は高まってきている。　民生委員は退院時からケア会議の出席を促され、参加となったことで自然にケース・夫に関わり始めることができ身近な支援者としての自覚を持つことにつながった。早期から民生委員への働きかけをおこなったことは、在宅支援ネットワークの一員として民生委員や近隣者が位置付けられることになった。

6．ケアの実際とケースの変化

在宅ケアへの援助は以下のスケジュールに基づき実施

1月の介護スケジュール（一例）　（表2）

		介護実施者
7:00		
8:00	食事 ①食事を温める ②茶を準備する ③胃ろうの確認 ④薬の注入 ⑤食事の注入	夫
10:00	おむつ交換 体位変換 胃ろうの確認 タッピング 清拭、寝衣交換 排便・座位訓練	ヘルパー 清拭の一部 本人
12:00	食事 （経口摂取）	夫
14:00	座位訓練 おむつ交換 清拭（足浴） シーツ交換 胃ろうの確認	ヘルパー
18:00	食事 （経口摂取）	夫
21:00	おむつ交換 体位変換 体位変換	夫 夫

一週間の介護スケジュール　（表3）

		月	火	水	木	金	土	日
午前	週2回	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）
午後	週2回	訪問看護	ヘルパー（本人）	訪問看護	入浴サービス	訪問看護	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）
午前	週3回	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）
午後	週3回	訪問看護	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）	入浴サービス	訪問看護	ヘルパー（本人）	ヘルパー（本人）

1ヶ月のスケジュール　（表4）

	月	火	水	木	金	土	日
第1週	夫・支払日 保健婦訪問 （2回／月）						
第2週		S病院系 訪問指導 （一回／月）					
第3週	夫・支払日 保健婦訪問						
第4週					ケアプラン 会議 （1回／月）		

各機関の連携支援により、ケースの病状改善がみられた主な点を以下の表に示す。

（表5）

	退院時の状態	ケアの実際	留意点（関係者の共通認識）	ケースの変化
寝たきりから坐位へ	終日ベッド上生活	離床位の確保	ベッド上から車椅子の移動を積極的に促す	退院2ヶ月後には20分位の離床位が可能になる
日刀での保清	全介助	入浴日以外は陰状清拭	起坐などくしや髭を直し自刀動作を促す	退院2ヶ月後には自刀で髭をとこうとするタオルで顔を拭く
発語	声かけに対して反応はなし	常に声かけを行う	発語の促しを「ふれあいノート」に記入	退院1ヶ月後には笑顔を見せる
排泄	膀下排尿中	週一時間に排便できる状態にする	排便状態を「ふれあいノート」に記入	退院1ヶ月後には規則的な排便リズムが整う
位置コントロール	退院2ヶ月後より頭部の重荷が見られる	頭位コリーのチェック 座椅子座位訓練での位置設定	介護者が彼にて頭位をとる点、内容を「ふれあいノート」に記入	退院5ヶ月後には退院時と同様になる

〔考察〕

この事例を通して、今後日田保健所管内における在宅支援ネットワークを確立するために欠かせないポイントを以下に述べる。

①退院の見通しがたった段階からの関わりが必要である。

入院中から、介護者が介護技術力を高めたり、各関係機関と話合いの場をもつことは、ケースや介護者の精神的不安を軽減する要素となり、在宅ケアへのスタートをスムーズにするために有効である。

②複数の関係機関が個々のケースに関わる場合、各々が同じ情報を得、問題意識、目的を共有することが必要である。

それぞれの役割を認識し、尊重しあい同じ位置から討議することでより一層連携機能を高められる。

③地域を巻き込んだ支援ネットワークの展開が不可欠である。

在宅ケアをより充実させるためには、ケース及び介護者のＱＯＬを高めることが重要であり、保健・医療・福祉では補えない地域住民の支援が有効である。

〔おわりに〕

「はたして本当に在宅ケアができるだろうか。一ヶ月続けばいいのではないか。」関係者は一様にそう考えていた。しかし、現在在宅ケアは8ヶ月経過し、更にケースの状態にも改善がみられている。このように一人の在宅ケースを支えることが次の在宅ケースを支えることにつながる。そのために私達は今後も地域に出向き、ｆａｃｅ ｔｏ ｆａｃｅの意識で在宅支援ネットワークに取り組んでいきたい。

保健・医療・福祉ネットワークにおける医師の役割－大分市D地区での経験から

老人保健施設　陽光苑
施設長　　輪田　順一

【はじめに】

大分市D地区は２３，６１６名が居住し，高齢化率１６．６％（’９６年１２月末現在）である。この地区には老人保健施設２か所（１か所は痴呆専門棟を併設），在宅介護支援センター３か所（２か所は特別養護老人ホーム，１か所は医療機関に委託），一般病院２か所，精神科病院２か所，診療所４か所，訪問看護ステーション２か所，特別養護老人ホーム２か所，ヘルパーステーション３か所（２か所は特別養護老人ホーム，１か所は医療機関に委託）リフォームヘルパー派遣事業１か所（医療機関に委託）がある。これらの施設のうち老人保健施設はディケアとショートステイ，特別養護老人ホームはディサービス（A，E型）とショートスティ，診療所の１か所は老人ミニディケアを実施している。また３か所の医療機関が往診を，訪問看護ステーション２か所と精神科訪問看護を含め５か所の医療機関が訪問看護を実施している。

これらの保健・医療・福祉の資源を有効に活用するために，’９６年４月より各機関の独自の活動を尊重しながら在宅介護支援センターを主催者とし上記各機関と行政，民生委員，社協を交えた高齢者サービス調整会議を月１回，また必要に応じて臨時に開催している。この会議に出席し医師としての役割について事例を通して報告する。

【日程および参加者】

		参加者（支援センターは常時参加）								
日程	事例	行政	社協	民生	訪看NS	老健MSW	PT	ヘルパー	NS	DR
６月２６日	HY	2	1	2	1	1	1	1	0	0
７月２５日	YM	2	0	0	0	1	0	2	0	1
８月　８日	KM	2	0	1	2	1	0	1	0	1
	MK	2	0	1	0	0	0	1	1	1
１０月２７日	YS	2	0	1	1	1	0	1	0	1
１１月２７日	CS	2	0	1	0	2	1	1	1	0
	MM	2	0	1	0	1	1	1	1	0
１２月　６日	MM	3	0	1	1	1	0	1	0	1

行政からは高齢者福祉課，保健衛生課，保護課の担当者と直接サービスを提供するヘルパーは毎回参加していた。また医療職として医師または看護婦のいずれかが参加し，７事例のうち５事例において担当医師の参加が得られた。栄養士の参加がなく今後の課題である。

以下に発表者が関わった事例KM，YS，MMを提示し医師の役割について述べる。

＜事例KM＞

性　　：女性
年齢　　：７５才
家族背景　：夫と二人暮らし。夫も軽度の記銘力低下あり。

経済的背景：年金生活。
基礎疾患　：老人性痴呆（高度），骨粗鬆症（脊椎体の著しい変形を認め前屈姿勢が著しい），
　　変形性膝関節症，高血圧，慢性心不全
ＡＤＬ　　：食事以外は要介助。（ランクＢ），失禁あり。
支援体制　：ヘルパー　４回／週，ディケア　１回／週，訪看　２回／週
　　日に一回近くの娘が様子伺い。

［問題点］
二人で在宅生活を続けたいという希望をどう支えていくか

［医師としての助言］
①痴呆は高度であり，原因としては高血圧の既往，頭部ＣＴでの多発性脳梗塞の所見から脳血管性の痴呆と考えられる。治療方針としては脳循環代謝改善薬の内服もあるが効果は期待できない。
②高血圧，心不全の既往があるが服薬のコンプライアンスが悪く血圧の変動がある。今後心不全の悪化に注意する必要がある。ヘルパーによる食事内容の管理で悪化はかなり予防できる。
③ＡＤＬの低下が進む危険性が高い。定期的に支援体制の再検討が必要。
④夫も記銘力の低下がみられるため生活状況と健康状態の把握が必要。
⑤どちらかが入院する事態を想定して支援体制を組んでおく必要がある。

＜事例YS＞
性　　：女性
年齢　　：８７才
家族背景　：虚弱な９０才の夫と精神障害のある５３才の３男と同居。
基礎疾患　：多発性脳梗塞，左大腿骨頸部骨折術後，口部ジスキネジア，心気神経症
経済的背景：年金生活＋α
ＡＤＬ　　：全面介助（ランクＣ２）
支援体制　：老人保健施設利用中

［問題点］
夫は在宅ケアはできないが，福祉施設には入れたくないとの意向。本人は在宅ケアを希望しており，二人の意向を活かすためにはどうしたらよいか。

［医師としての助言］
①全面介助の状態からの改善は困難。現状の維持を目標としている。
②老健利用中に舌根沈下による呼吸困難があった。在宅療養中に起こる可能性あり。夫，子供に説明しておく必要がある。
③夫は病弱であり介護者として期待できない。かなりの介護支援がないと在宅療養は困難。
④３男の介護への関わりができれば在宅療養は可能。しかし３男の精神症状悪化の危惧がある。
⑤２４時間巡回ヘルパーで対応すれば在宅療養は可能。

＜事例MM＞
性　　：女性
年齢　　：８２才
家族背景　：破屋にて独居。子供なし。同胞も高齢。
基礎疾患　：陳旧性精神分裂病疑。
経済的背景：年金生活。
ＡＤＬ　　：ほぼ自立。買い物はできない。

［問題点］
冬場の破屋での生活困難と栄養状態の悪化にたいし入院あるいは施設入所を勧めるが本人拒否。

［医師としての助言］
①かかりつけの医師がいないのでかかりつけ医を決める。
②精神障害がありそうなので精神科医師の往診を依頼する。
③往診の結果入院あるいは施設入所の緊急性がなければ見守りでよいのでは。

④本人が入院，入所を拒否する場合，緊急性がない限り強制的な処遇は法的に問題があるかもしれない。
⑤ヘルパー，民生委員，ＳＷ，保健婦，訪問看護，往診で体制を組み，緊急性が高くなった段階で入院を納得してもらうほうが対応しやすいのでは。
⑥緊急性の判断としては著しいＡＤＬの低下，食事摂取量の低下持続（３日以上），身体の異常所見の顕在化（浮腫，発熱，尿量の低下等）を目安にしてはどうか。
⑦見守りの期間中寒さ対策として破屋の修理が必要。

【考察】

公的介護保険法案の提示がなされ本格的に介護保険の導入に向けて国会での審議と各関係機関の対応策が検討され始めている。法案では施行が２０００年４月１日から在宅，施設同時に実施されることが明記されている。また介護現場では介護認定とケアプラン作成が大きな課題である。介護度認定基準はどうなっているのか，介護認定機関の構成員はどうするのか，ケアプラン作成はどのような機関が行うのか，認定に当たっての責任者はだれか，ケアプラン作成にあたっての責任者（ケアマネージャー）はだれかなど，まだ不透明な部分が多い。日本医師会や日本看護協会ではケアマネージャーの役割を担うべく独自の研修会を開催しつつある。また厚生省も保健・医療・福祉の専門家に対し都道府県単位での研修指導者の養成を計画しており，それぞれの立場でケアマネージャーを養成している状況にある。Ｄ地区高齢者サービス調整会議の経験からすれば「どの職種がケアマネージャーをするか」とういう問題ではなく，保健・医療・福祉を共通認識できる人材を育成していくことが重要であると考える。この意味でも保健・医療・福祉に従事する人達が一同に会して研修を行うことが必要である。

医師の役割については従来のピラミッド型組織の頂点ではなくネットワークの一員として他の職種が安心して活動できるよう調整と支援をしていくことが求められる。特に現場でサービスを提供するヘルパーは介護される側の身体・精神状況の変化について不安をもっており，医師の適切な助言により効果的な介護サービスの提供が可能となり，また介護される側の変化を的確に捉え医療との連係がスムースに行える。また保健婦，訪問看護婦，理学療法士，栄養士などとの情報交換を行うことで迅速な医療的関わりを持つことが可能となる。更に民生委員や行政の参加により要介護老人の実態を正確に把握してもらい，適切なサービスのあり方を検討する機会となると考えられる。

【まとめ】

医師は高齢者サービス調整会議のような場面では構成員の一員である。各職種がやりがいを持って働きやすく動きやすいチーム作りの助言者であり調整役であることを認識し，医療の専門家としての責任を発揮しなければならない。

①病態の正確な評価と治療方針，予後，起こり得る変化について助言する。
②医療以外の職種に対し共感的対応をする。
③保健・福祉について予備知識をもち理解する。
④対象者の生活習慣や思想・価値観を考慮し助言を行う。
⑤対象者の人権侵害が行われていないか自省する。

豊の国医療診断支援システム

演者：阿部　信行

豊の国医療診断支援システム
－テレビ会議、画像データベースを用いた遠隔医療－

内科阿部医院院長　阿部信行

【初めに】

最近の情報機器の進歩はめざましく、医療の分野でも、電子カルテや、インターネットを用いた情報交換、健康・医療情報を納めたＬＳＩカードなどの実用化の時代を迎えようとしている。大分県では郵政省の支援を受け、平成８年７月から「豊の国医療診断支援システム」として、マルティメディアを用いた遠隔医療、診断支援システムの実証実験が行われている。システムの概要、およびこれまでの利用実績などを紹介し、実際に運用しての利点や問題点、これからの課題や展望をまとめた。

【システムの概要】

「豊の国医療診断支援システム」は、大分市医師会立アルメイダ病院に隣接して設けられた「豊の国医療診断支援センター」を中核(ホスト)とし、同病院の他に大分市内の５つの開業医・病院と、東国東地域広域国保病院、姫島村国民健康保険診療所の８つの施設を光ファイバー(ＩＳＤＮ１５００)およびＩＳＤＮ６４回線で結んでいる。これらの施設の間で、「テレビ(電話)会議」と「医療画像データベース」を用いて医療相談や症例検討などの遠隔医療を行なうシステム(ネットワーク)である。

それぞれの施設にはテレビ電話の端末機(NEC「VisuaLinks」TC5000EX10)を設置し、その画像入力機器としてＣＣＤカメラ(NEC VC-C1N)、デジタルハンディビデオカメラ(SONY「Digital Handycam」DCR-VX1000)、書画カメラ(ELMO EV-500AF)と３系統を備え、音声入力はマイク、および外部からのLINE入力に対応している。画像出力はパソコン(NEC PC-9821Xt16/R16)に一旦取込み、モニタ(NEC PC-KM173R)に表示している。テレビ電話端末機は、パソコンへの画像出力の他に、画像出力端子を５系統備えており、一般のテレビに画像を表示させたり、家庭用ビデオデッキでテレビ会議の様子を録画したりも可能である。

またレーザーフィルムリーダー(阿部設計2903)を用いてＸ線フィルム、ＣＴ、ＭＲＩ等の透過型原稿を読み取り、医療画像データベースソフト(NEC PC-PACS)を用いて「豊の国医療診断支援センター」のホストコンピュータに画像データを蓄積し、各端末で画像を検索・表示する。

【運用の実際】

テレビ会議には光ファイバーの高規格回線が用いられており、その画質はかなり良好で、

「コマ送り」の印象がないことは特筆できる。双方向でのやり取りであるため、意志の疎通もスムースである。皮膚所見、X線写真、心電図、超音波検査、さらには内視鏡映像、ビデオに録画した患者の様子などの医療情報は、電話だけでは伝えることができず、これまでこれらの医療情報を伝えるには、時間差が生じていた。しかし本システムでは、リアルタイムにこれらの医療画像情報を示しながらの、医療相談・症例検討が可能で、臨床での利用価値は高いと言える。非常に有用なシステムであるが、自分の顔、服装などが相手に伝わることは、今後テレビ会議を利用する際には少なからぬ心理的障壁になるかもしれない。テレビ会議の装置の操作は、テレビのリモコンと同じ感覚で行なえ、簡単ではあるが、個人によっては「難しい」と感じるかもしれない。

医療画像データベースは、胸部X線写真のような大きなフィルムも取り込むことができ、取り込んだ画像を検索することもできるため、特殊な症例のデータベースに留まらず、ある患者の経時的な変化を追跡する際などに威力を発揮するものと思われる。ただ、画像を転送する時間が数分間かかったり、検索画面がわかりにくかったりと、今後改良すべき点がある。せっかくの医療画像データであるが、そのファイル形式が汎用性がない物である点も、データの有効利用の点で不便である。

平成8年7月から12月までに、各施設が月に数回利用しており、今後更に利用頻度が増すことが考えられる。特に、離島である姫島診療所では、島内にいない整形外科、眼科、皮膚科などの専門医に、画像情報を示しながら相談できることは非常に有用なことであり、また各病院・開業医で行われている医療講演会や患者の勉強会等の様子を、テレビ会議を利用して姫島でも見ることができ、今後、医師の生涯教育、患者教育等への活用などが期待される。

【結語】

「豊の国医療診断支援システム」の運用が開始されて、半年以上が経過した。これまでの運用で明らかになった利点を伸ばし、欠点・問題点を改良することで、システムの更なる充実を図りたい。「豊の国医療診断支援システム」が充実し、総合病院と同じ様に専門医に気軽に相談できる状態は、医療ネットワークの目指す一つの理想形であると言えよう。

特　別　講　演

講師：村田　暢宏

司会：三浦　源太

特別講演

「医療を変えるインターネット」

山梨県牧丘町立牧丘病院副院長
村田　暢宏

村田暢宏先生のプロフィール

昭和６０年自治医科大学卒業。その後山梨県都留市立診療所、都留市立病院を経て、牧丘町立牧丘病院勤務。平成３年より現職。

平成７年７月山梨県下の各医療、保健、福祉施設をインターネットで結ぶ山梨県医療情報ネットワーク（Y-MIN)を設立。現在その会長としてネットワークの普及に努めている。

専門：消化器内科（内科認定医、消化器内視鏡認定医）
医療情報ネットワーク構築

教　育　講　演

講師：奥野　正孝

司会：坪山　明寛

教育講演

「地域医療とマルチメディア」

自治医科大学地域医療学教室助教授
奥野　正孝

奥野正孝先生のプロフィール

昭和２８年三重県の離島に生まれる。幼少時から高校まで伊勢神宮のある伊勢市で育ち、昭和４７年自治医科大学入学、昭和５３年同大学卒業。卒業後、三重県に帰り初期研修をわずか４カ月で終了し、僻地中核病院に勤務。卒業３年目より神島という離島の診療所にのべ６年間勤務。卒業１１年目に、僻地医療を充実し、楽しく、おもしろくする「プロジェクトX」を計画し、それを実行すべく母校自治医科大学地域医療学に戻る。その後助手を経て、平成５年同教室助教授に就任、現在に至る。

【エースコールの特徴】

❶わが国初の胆汁・腎排泄型ACE阻害剤
❷吸収が良く、活性体への変換効率が高いプロドラッグ
❸1日1回投与で確かな降圧効果
❹QOLに好影響
❺副作用は8.9%(82例/918例)

胆汁・腎排泄型ACE阻害剤

エースコール®錠 1mg 2mg 4mg

指 要指　一般名 塩酸テモカプリル　薬価基準収載

■効能・効果 高血圧症、腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症

■用法・用量 通常、成人には塩酸テモカプリルとして1日1回2～4mg経口投与する。ただし、1日1回1mgから投与を開始し、必要に応じ4mgまで漸次増量する。

■使用上の注意 1.一般的注意 (1)本剤の投与によって次の患者では、**初回投与後、一過性の急激な血圧低下を起こす場合があるので、投与は少量より開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。**ア.重症の高血圧症患者 イ.血液透析中の患者 ウ.利尿降圧剤投与中の患者(特に最近利尿降圧剤投与を開始した患者) エ.厳重な減塩療法中の患者 (2)降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業・自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。(3)手術前24時間は投与しないことが望ましい。(4)まれに呼吸困難を伴う顔面、舌、声門、喉頭の腫脹を症状とする**血管浮腫**があらわれることがあるので、異常が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。(5)アンジオテンシン変換酵素阻害剤服用中の患者は、デキストラン硫酸セルロースを用いた吸着器によるアフェレーシスの施行中にショックを起こすことがあるので、これらのアフェレーシスを受けている患者には投与しないこと。(6)アンジオテンシン変換酵素阻害剤服用中の患者はアクリロニトリルメタリルスルホン酸ナトリウム膜(AN69®)を用いた透析中にアナフィラキシー様症状を発現することがあるので、AN69®を用いた透析を受けている患者には投与しないこと。

2.**禁忌(次の患者には投与しないこと)** (1)本剤に対し、過敏症の既往歴のある患者 (2)他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤による血管浮腫の既往歴のある患者[高度の呼吸困難を伴う血管浮腫を発現することがある。](「一般的注意」の項参照) (3)デキストラン硫酸セルロースを用いた吸着器によるアフェレーシスを施行中の患者[ショックを起こすことがある。](「一般的注意」の項参照) (4)アクリロニトリルメタリルスルホン酸ナトリウム膜(AN69®)を用いた血液透析施行中の患者[アナフィラキシー様症状を発現することがある。](「一般的注意」の項参照) (5)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人「妊婦・授乳婦への投与」の項参照]

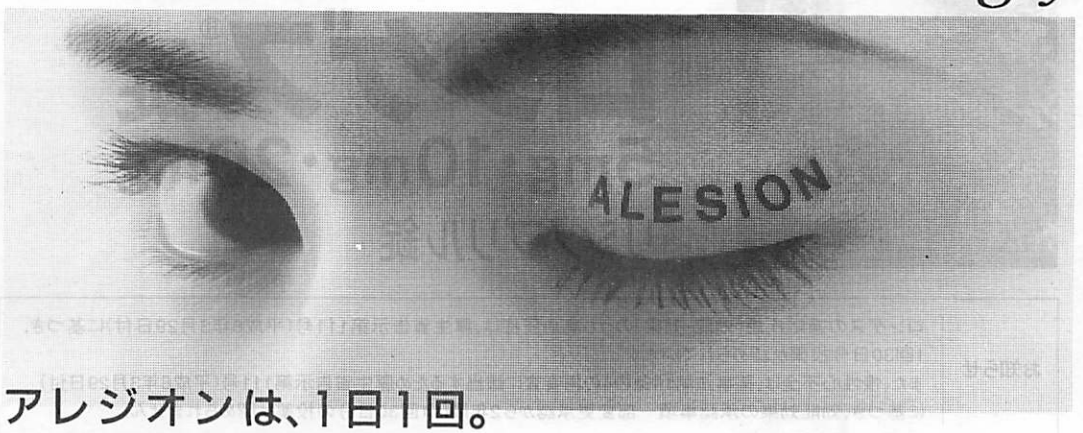
3.**慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)** (1)重篤な腎障害のある患者[過度の血圧低下が起こるおそれがあるので、クレアチニンクリアランスが30ml/分以下、又は血清クレアチニン値が3mg/dlを超える場合には、投与量を減らすか、又は投与間隔をのばすなど慎重に投与すること。] (2)両側性腎動脈狭窄のある患者[腎機能が悪化するおそれがある。] (3)重篤な肝障害のある患者[肝機能が悪化するおそれがある。] (4)高令者(「高令者への投与」の項参照) 4.**相互作用 併用に注意すること** (1)カリウム保持性利尿剤(スピロノラクトン、トリアムテレン等)、カリウム補給剤[血清カリウムが上昇することがある(特に腎障害のある患者)。] (2)利尿降圧剤(「一般的注意」の項参照) (3)リチウム[外国において、他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤(カプトプリル、マレイン酸エナラプリル、リシノプリル)との併用により、リチウム中毒が報告されているので、血中のリチウム濃度に注意すること。] (4)アドレナリン作動性ニューロン遮断薬(硫酸グアネチジン)[降圧作用が増強されることがある。] (5)ニトログリセリン(貼付剤)[降圧作用が増強されることがある。] (6)インドメタシン等非ステロイド性消炎鎮痛剤[他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤との併用により、その降圧作用が減弱されるとの報告がある。] 5.**副作用**(まれに:0.1%未満、ときに:0.1%～5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)**重大な副作用 血管浮腫**:まれに呼吸困難を伴う顔面、舌、声門、喉頭の腫脹を症状とする血管浮腫があらわれることがある。このような場合には、気管の閉塞を起こしやすくなるので、直ちに投与を中止し、エピネフリンの皮下注射、気道確保など適切な処置を行うこと。(2)**重大な副作用(類薬)** 1)**汎血球減少、無顆粒球症**:他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤で、汎血球減少、無顆粒球症が報告されている。2)**急性腎不全、ネフローゼ症候群**:他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤で、急性腎不全、ネフローゼ症候群が報告されている。3)**天疱瘡様症状**:他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤で、天疱瘡様症状が報告されている。

●上記以外の使用上の注意は添付文書をご覧ください。

製造販売元(資料請求先)
三共株式会社
〒103 東京都中央区日本橋本町3-5-1

96.8

Closes Your Allergy



アレジオンは、1日1回。

●効能・効果
気管支喘息
アレルギー性鼻炎
蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、皮膚瘙痒症、痒疹、瘙痒を伴う尋常性乾癬

●用法・用量
1. 気管支喘息、蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、皮膚瘙痒症、痒疹、瘙痒を伴う尋常性乾癬：通常、成人には塩酸エピナスチンとして1回20mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。
2. アレルギー性鼻炎：通常、成人には塩酸エピナスチンとして1回10～20mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

●使用上の注意
1. 一般的注意(1)本剤は、気管支拡張剤、ステロイド剤などと異なり、すでに起こっている喘息発作や症状を速やかに軽減する薬剤ではないので、このことは患者に十分説明しておく必要がある。(2) 長期ステロイド療法を受けている患者で本剤投与によりステロイドの減量をはかる場合は、十分な管理下で徐々に行うこと。(3) 眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に注意させること。(4) 本剤の使用により効果が認められない場合には、漫然と長期にわたり投与しないように注意すること。　※その他の使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

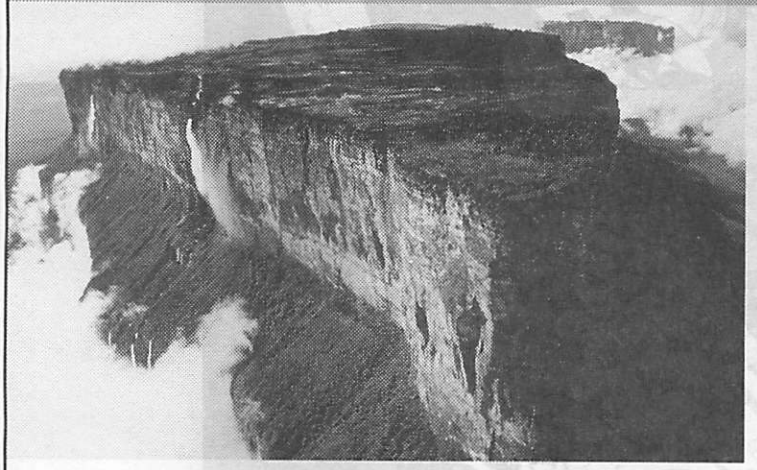
(資料請求先:学術部)
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
〒666-01　川西市矢問3-10-1

アレルギー性疾患治療剤
アレジオン®錠10 20
(塩酸エピナスチン製剤)

'96.6('96.6)

True Endpointへのアプローチ

高血圧症に!!



禁忌(次の患者には投与しないこと)
・本剤に対し過敏症の既往歴のある患者
・アンジオテンシン変換酵素阻害剤による血管浮腫の既往歴のある患者
(呼吸困難を伴う重篤な血管浮腫が生じるおそれがある。)
・デキストラン硫酸セルロースを用いた吸着器によるアフェレーシスを施行中の患者(ショックを起こすことがある。(「1.一般的注意」の(5)項参照))
・アクリロニトリルメタリルスルホン酸ナトリウム膜(AN69®)を用いた血液透析中の患者(アナフィラキシー様症状を発現することがある。(「1.一般的注意」の(6)項参照))
・妊婦又は妊娠している可能性のある婦人(「妊婦・授乳婦への投与」の項参照)

*その他詳細は製品添付文書をご参照ください。
注意▶本剤の「効能・効果」「用法・用量」「使用上の注意」等の詳細については、製品添付文書をご覧ください。

〈薬価基準収載〉

組織ACE阻害型降圧剤
(指)(要指)コナン®錠 5mg 10mg 20mg
Conan® 塩酸キナプリル

製造発売元(資料請求先)
吉富製薬株式会社
ヨシトミ　〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号
提携:ワーナー・ランバート社　アメリカ合衆国

CA-団(B5½)1996年5月改訂

アンジオテンシン変換酵素阻害剤

(指)(要指) ロンゲス®錠

5mg・10mg・20mg

リシノプリル錠

お知らせ

ロンゲスの適応疾患(効能・効果)のうち高血圧症は,厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき,1回30日分投薬が認められています。
また,慢性心不全は,薬事法第14条の4の再審査に該当するため厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき,効能効果の承認事項一部変更承認から2年間は1回30日分の投薬は認められません。

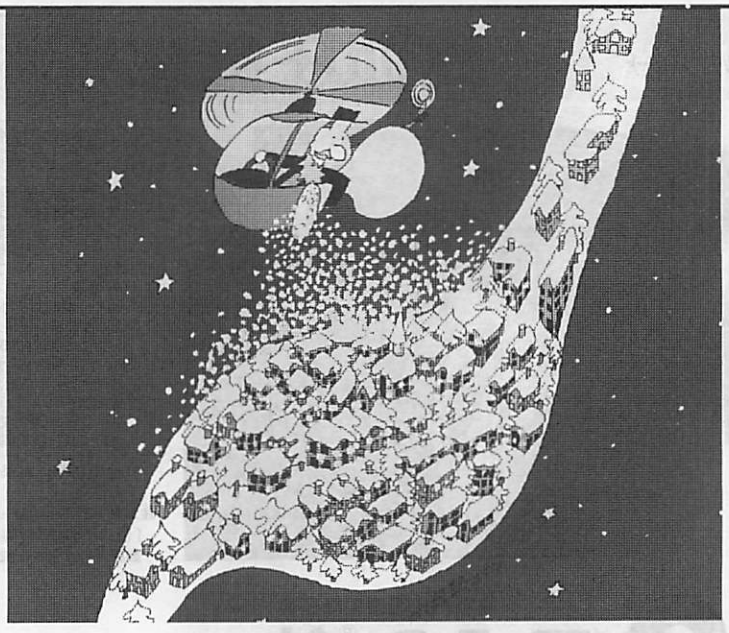
■薬価基準収載
■「効能・効果」,「用法・用量」,「使用上の注意」については,添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 製品部 ロンゲス係
〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

米国メルク社提携 シオノギ製薬
大阪市中央区道修町 3-1-8 〒541

'96.8.作成B52 ®:登録商標

おおって守って、直接なおす。



■効能・効果/胃潰瘍
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期
■用法・用量/通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

●使用上の注意については、製品添付文書をご覧ください。
●使用上の注意の改訂には十分ご留意ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

(指) ガストローム®顆粒

薬価基準収載

Gastrom®(一般名:エカベトナトリウム)

製造発売元(資料請求先)
田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号

1996年8月作成

サープル錠の特性

1.脳梗塞後遺症に伴う情緒障害(不安・焦燥、抑うつ気分)を改善します。
2.脳内シナプス伝達を促進します(モルモット)。
3.アセチルコリン作動性神経系に作用し、神経伝達を調節します(ラット)。
4.副作用発現率は4.2%(42/1011例)でした。

効能・効果

下記疾患に伴う情緒障害(不安・焦燥、抑うつ気分)の改善　脳梗塞後遺症

用法・用量

通常、成人にはアニラセタムとして1回200mgを1日3回経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

使用上の注意

1.一般的注意
(1)本剤の使用にあたっては、脳梗塞後遺症であることを確認すること。確認にあたっては、原則として頭部CT像等の画像診断が行われていることが望ましい。
(2)投与期間は、臨床効果及び副作用の程度を考慮しながら慎重に決定するが、投与12週で効果が認められない場合には投与を中止すること。

2.禁忌(次の患者には投与しないこと)
妊婦又は妊娠している可能性のある婦人[動物実験で胎児毒性(波状肋骨、頭肋骨痕)が報告されている]

3.副作用
(まれに:0.1%未満、ときに:0.1～5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)
(1)精神神経系:ときに興奮、頭痛、頭重、めまい、譫妄、不眠、眠気、精神不安定等があらわれることがある。

※その他の使用上の注意、取扱い上の注意等は添付文書をご覧ください。

脳血管障害性精神症状改善剤 健保適用
(指)(薬価) サープル錠 100 200
SARPUL® TAB. 100 200 (アニラセタム)

(資料請求先)
富山化学工業株式会社
〒160 東京都新宿区西新宿3-25

1996年5月作成 B5½

アレルギー患者の
クオリティ・オブ・ライフ向上に—

アレルギー性疾患治療剤 (指) 薬価基準収載
ザジテン®
Zaditen® フマル酸ケトチフェンカプセル・シロップ・ドライシロップ

交感神経を興奮させない、
穏やかで持続的な降圧を—。

作用持続性高血圧症治療剤 (劇)(指)(薬) 薬価基準収載
サンドノーム®錠 0.5mg 1mg
Sandonorm® マロン酸ボピンドロール錠

アリルアミン系抗真菌剤 (指) 薬価基準収載
ラミシール®クリーム
Lamisil® Cream 塩酸テルビナフィンクリーム

患者さんに暮らしの快適さ
(アメニティ・オブ・ライフ)を—

筋緊張緩和剤 (指)(薬) 薬価基準収載
テルネリン® 錠1mg 顆粒0.2%
Ternelin® 塩酸チザニジン製剤

あの日に還る。

Start early, Go slow.
持続性ドパミン作動薬 (劇)(指)(薬) 薬価基準収載
パーロデル® 2.5mg
Parlodel® メシル酸ブロモクリプチン錠

ザジテン・ザジテンドライシロップ・サンドノーム錠・テルネリン・パーロデルの製造販売元はサンド薬品、ザジテンシロップ・ラミシールクリームの販売元はサンド薬品。ザジテンシロップの製造元は三共株式会社。ラミシールクリームの製造元は東興薬品工業株式会社です。

■各製品の効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

(資料請求先)
SANDOZ
サンド薬品株式会社
東京都港区西麻布4-17-30

96.09

Hoechst Marion Roussel

アレルギー性疾患治療剤

(T) 指 要指 トリルダン® 錠60mg

TRILUDAN® Tab.60mg

テルフェナジン錠 [薬価基準収載]

※効能・効果、用法・用量、警告、禁忌、使用上の注意等は現品添付文書をご参照ください。 ★資料は医薬情報担当者にご請求ください。

製造・販売：日本ヘキスト・マリオン・ルセル株式会社
販売提携：ヘキスト薬品工業株式会社
〒107 東京都港区赤坂二丁目17番51号

ヘキスト・マリオン・ルセル
私たちはヘキスト・グループの一員です
Hoechst

1996年7月作成

HMG-CoA還元酵素阻害剤

指 リポバス® 錠5

LIPOVAS®

(シンバスタチン錠)
〈薬価基準収載〉

(資料請求先)
萬有製薬株式会社
〒103 東京都中央区日本橋本町2-2-3 03(5203)8111代表

94.6

【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照下さい。 12-94ZCR94-J-4730J

世界初のロイコトリエン受容体拮抗剤

オノンの特性

1. 臨床試験における有用率65%です(225例/346例)。
   (成人を対象とした二重盲検試験を含む臨床試験)
   - 感染型　68.6%(35例/51例)
   - 混合型　62.3%(119例/191例)
   - アトピー型　68.3%(71例/104例)
2. 気管支喘息患者の肺機能(ピークフロー値)を改善します。
3. 投与1～2週目より喘息症状(発作の強さ・頻度、痰の量・切れなど)を改善します。
4. 副作用の発現率は7.4%です(承認時、35例/472例)。

ロイコトリエン受容体拮抗剤　―気管支喘息治療剤―

㊟オノン®カプセル

ブランルカスト水和物カプセル　ONON

薬価基準収載

■効能・効果　気管支喘息

■使用上の注意　1.一般的注意 (1)本剤は気管支拡張剤、ステロイド剤等と異なり、すでに起こっている発作を緩解する薬剤ではないので、このことは患者に十分説明しておく必要がある。(2)気管支喘息患者に本剤を投与中、大発作をみた場合は、気管支拡張剤あるいはステロイド剤を投与する必要がある。(3)長期ステロイド療法を受けている患者で、本剤投与によりステロイドの減量をはかる場合は十分な管理下で徐々に行うこと。(4)本剤投与によりステロイド維持量を減量し得た患者で、本剤の投与を中止する場合は、原疾患再発のおそれがあるので注意すること。(5)本剤投与により効果が認められない場合には、漫然と長期にわたり投与しないように注意すること。2.副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1～5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)過敏症:ときに発疹、瘙痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2)消化器:ときに嘔気、嘔吐、腹痛、胃部不快感、胸やけ、下痢、便秘等があらわれることがある。(3)肝臓:ときにビリルビン、GOT、GPTの上昇等があらわれることがある。(4)その他:ときに胸部絞扼感、不眠、発熱、蛋白尿、また、まれに頭痛、めまい、動悸、浮腫、しびれ、倦怠感があらわれることがある。3.高齢者への投与　一般に高齢者では生理機能が低下しているので減量する(例えば、1回1カプセルを1日2回)など注意すること。4.妊婦への投与　妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。5.小児への投与　小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。6.適用上の注意　薬剤交付時:PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。

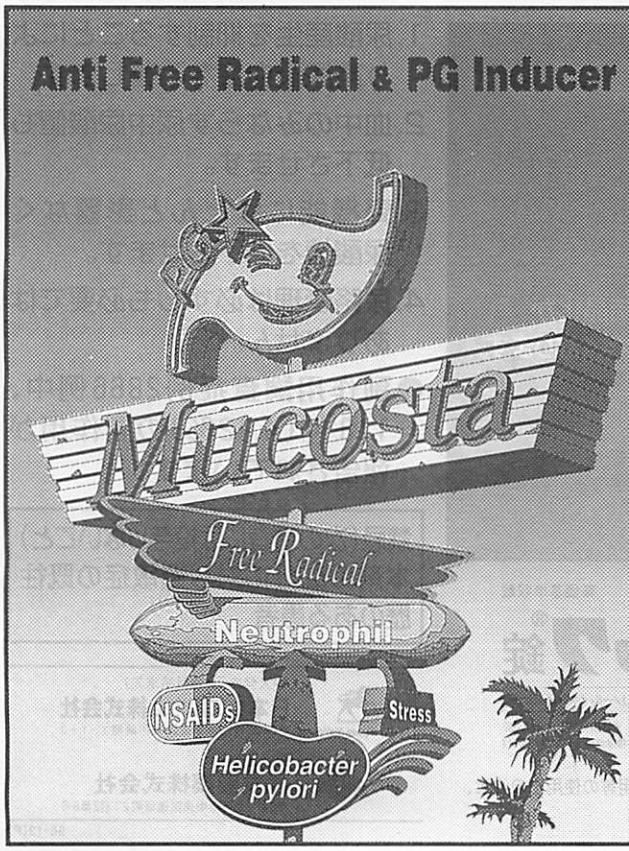
●用法・用量等、詳細は添付文書をご参照ください。

製造発売元
資料請求先

小野薬品工業株式会社

〒541 大阪市中央区道修町2丁目1番5号

961101



ムコスタの特徴

1. 胃粘膜のPG増加作用・フリーラジカル抑制作用を併せ持つ初めての胃炎・胃潰瘍治療剤です(ヒト、ラット、in vitro)。
2. NSAIDs*や*Helicobacter pylori*(in vitro)などによる胃粘膜傷害を抑制します。
3. QOUH**を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
4. 胃炎***、特にびらん・出血に優れた効果を示します。
5. 副作用発現率は0.69%(43/6,275)でした。主な副作用は、便秘(6件)、GPT上昇(5件)等でした。

* NSAIDs : non-steroidal anti-inflammatory drugs(非ステロイド性抗炎症薬)
** QOUH : Quality of ulcer healing(潰瘍治癒の質)
*** 胃　炎 : 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

〔効能・効果〕
- 胃潰瘍
- 下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
  急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

〔用法・用量〕
- 胃潰瘍
  通常、成人には1回1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
- 下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
  急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期
  通常、成人には1回1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回経口投与する。

〔使用上の注意〕――抜粋――
副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1～5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)
(1)過敏症:まれに発疹、瘙痒感、薬疹様湿疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。
(2)消化器:口渇、また、まれに便秘、腹部膨満感、下痢、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、げっぷ等があらわれることがある。
(3)肝　臓:まれに、GOT、GPT、γ-GTP、Al-Pの上昇等の肝機能障害があらわれることがある。
(4)血　液:まれに白血球減少があらわれることがある。
(5)その他:乳腺腫脹、乳汁分泌誘発、月経異常、めまい、また、まれにBUN上昇、浮腫、眼頭部異物感等があらわれることがある。
※その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤　薬価基準収載

㊟ムコスタ®錠100

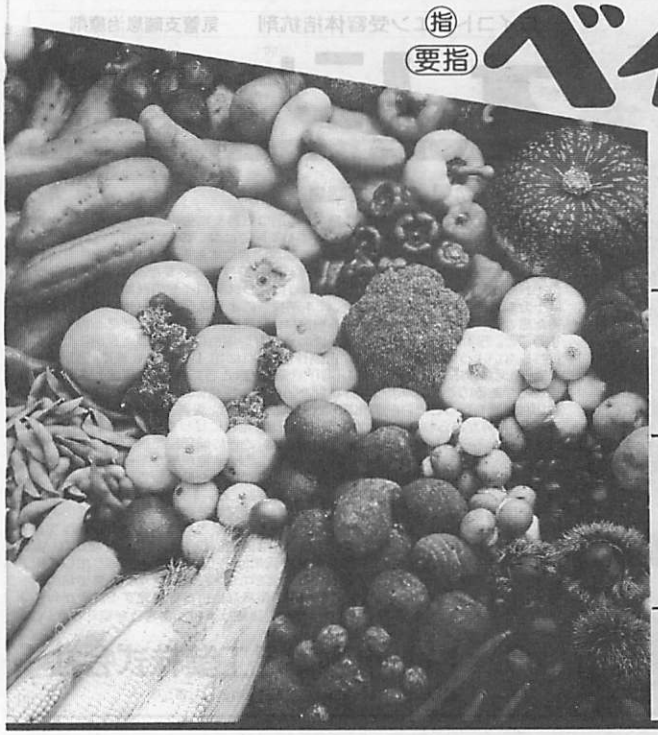
Mucosta® tablets　レバミピド製剤

製造発売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 学術部
東京都千代田区神田司町2-2
大塚製薬神田第2ビル

('95.8作成)

糖尿病食後過血糖改善剤



㊞ ㊟要指

ベイスン®錠 0.2・0.3

（ボグリボース錠）

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意（禁忌）等については、添付文書をご参照ください。

■薬価基準：収載

BASEN®

（資料請求先）
武田薬品工業株式会社
〒541 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

（1995・2：BasB52-2）

1. 尿酸産生を抑制することにより高尿酸血症を改善します。
2. 血中のみならず尿中尿酸値も低下させます。
3. 腎機能にほとんど影響なく尿酸値を低下させます。
4. 尿路管理は必ずしも必要ではありません。

●副作用調査症例2866例中、118件（4.12%）の副作用が報告されています。

禁忌（次の患者には投与しないこと）
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

高尿酸血症治療剤　　薬価基準収載

㊞ ㊟要指 ザイロリック®錠

Zyloric® Tablets　一般名：アロプリノール /Allopurinol

1錠中日局アロプリノール100mg含有

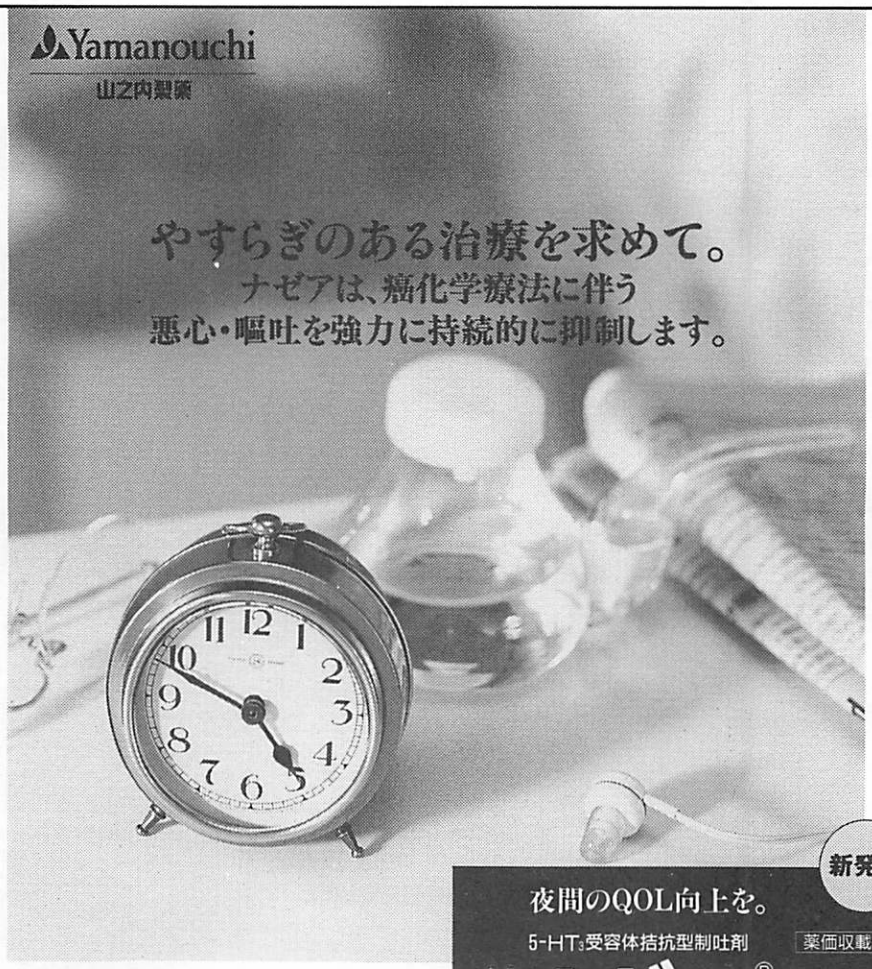
承認番号：（52AM輸）352
日本標準商品分類番号：873943

※本剤の効能又は効果、用法及び用量、投与禁忌、相互作用、副作用等の使用上の注意、取扱い上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

輸入発売元（資料請求先）
Nippon Wellcome 日本ウエルカム株式会社
〒650 神戸市中央区東川崎町1－1－3

販売元
住友製薬株式会社
〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

96-12(P)



新発売

夜間のQOL向上を。

5-HT_3受容体拮抗型制吐剤　薬価収載

劇薬 処方箋医薬品

ナゼア® 注射液0.3mg

（塩酸ラモセトロン製剤）　Nasea®

ナゼアの特性

- ●作用が強力なR体だけの、ピュアな5-HT_3受容体拮抗型制吐剤です。
- ●強力かつ持続的な5-HT_3受容体拮抗作用を示します。(*in vitro*、*in vivo*)
- ●抗悪性腫瘍剤による悪心・嘔吐を、強力に持続的に抑制します。
- ●1日1アンプル、0.3mgをOne Shot投与。追加投与*も可能です。*効果不十分な場合、1日量0.6mgまで。
- ●副作用発現率は2.0%(7/352例)で、主なものは体熱感、頭痛・頭重感などです。

【効能・効果】 抗悪性腫瘍剤(シスプラチン等)投与に伴う消化器症状(悪心、嘔吐)

【用法・用量】 通常、成人には塩酸ラモセトロンとして0.3mgを1日1回静脈内投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。また、効果不十分な場合には、同用量を追加投与できる。ただし、1日量として0.6mgを超えないこととする。

【使用上の注意】 **1.一般的注意** 本剤は強い悪心、嘔吐が生じる抗悪性腫瘍剤(シスプラチン等)の投与の場合に限り使用すること。

2.副作用(まれに：0.1%未満、ときに：0.1~5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明) (1)**精神神経系**：ときに頭痛、頭重があらわれることがある。(2)**消化器**：ときに下痢があらわれることがある。(3)**肝臓**：ときにGOT、GPT、γ-GTPの上昇があらわれることがある。(4)**その他**：ときに体熱感、頭部のほてり、舌のしびれ感があらわれることがある。

3.高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。副作用が発現した場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

4.妊婦・授乳婦への投与 (1)妊娠中の投与に関する安全性は確立されていないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
(2)ラットにおいて乳汁への移行が報告されているので、授乳中の婦人に投与する場合には、授乳を中止させること。

5.小児への投与 小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

6.適用上の注意 (1)調製時：現在までに下記に示す注射液との配合変化を起こすことが確認されているので混合しないこと。D-マンニトール注射液、ルネトロン注射液、ラシックス注なお、ラシックス注については、フロセミド20mgを含むラシックス注に生理食塩液200mlを加え本剤1アンプルと混合する場合には差し支えない。(2)アンプルカット時：本剤の容器はワンポイントカットアンプルであるが、アンプルカット部分をエタノール綿等で清拭し、カットすることが望ましい。
※その他詳細は、製品添付文書をご参照ください。

［資料請求先］山之内製薬株式会社　学術情報部　〒103 東京都中央区日本橋本町2-3-11

96/11.Na.1.B5.A.04